BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

Paris. — Imprimerie PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.12.92

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. CH. MONOD
Secrétaire général,

ET

MM. BOUILLY ET KIRMISSON
Secrétaires annuels.

TOME XVIII. — 1892.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1892

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1892

Président......................	MM. CHAUVEL.
Vice-Président..................	PÉRIER.
Secrétaire général..	CH. MONOD.
Secrétaires annuels.............	BOUILLY et KIRMISSON.
Trésorier......................	SCHWARTZ.
Archiviste..	RECLUS.

MEMBRES HONORAIRES

MM.

19 octobre 1887... — Cruveilhier, titulaire de 1868
23 janvier 1861... — Deguise, titulaire de 1844
4 novembre 1882. — Désormeaux, titulaire de 1853
20 novembre 1889. — Desprès, titulaire de.................. 1855
29 mars 1882..... — Dubreuil, titulaire de.................. 1872
5 mai 1886...... — Duplay, titulaire de.................... 1850
28 mars 1886..... — Guéniot, titulaire de. 1868
15 mars 1876..... — Guérin (Alphonse), titulaire de.......... 1853
22 novembre 1882. — Guyon (Félix), titulaire de............. 1863
3 mars 1886..... — L. Labbé, titulaire de.................. 1865
23 janvier 1889... — Lannelongue, titulaire de.............. 1872
20 décembre 1867. — Larrey (baron), titulaire de........... 1849
9 mai 1877....... — Le Fort (Léon), titulaire de.... 1865
31 octobre 1888.. — Magitot, titulaire de.................. 1872
28 mars 1860..... — Maisonneuve. — M. fondateur 1843
9 mars 1881..... — Marjolin. — M. fondateur 1843
11 mai 1887...... — Ollier, de Lyon.
26 mai 1880...... — Panas, titulaire de..................... 1865
9 juillet 1879.... — Paulet, titulaire de.................... 1868
23 février 1887... — Poncet, de Cluny.
27 octobre 1886... — Marc Sée, titulaire de 1868
21 mars 1888..... — De Saint-Germain, titulaire de 1867
19 décembre 1883. — Tarnier, titulaire de................... 1865
12 novembre 1890. — Tillaux, titulaire de 1866
15 uillet 1885.... — Verneuil, titulaire de.................. 1852

MEMBRES TITULAIRES

MM.

16 février 1876.... — ANGER (Théophile).
12 juin 1890...... — BAZY.
12 juin 1878...... — BERGER.
12 mars 1884 ..... — BOUILLY.
29 mai 1889....... — BRUN.
4 janvier 1882 ... — CHAUVEL.
3 janvier 1877 ... — DELENS.
26 avril 1891 ..... — FÉLIZET.
8 juin 1870...... — HORTELOUP.
13 mai 1885 ...... — HUMBERT.
12 décembre 1888. — JALAGUIER.
30 décembre 1885. — KIRMISSON.
9 juillet 1873 .... — LE DENTU.
30 juin 1875...... — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.
3 mai 1882....... — MARCHAND.
4 décembre 1889. — MARCHANT (Gérard).
7 juillet 1880 .... — MONOD (Ch.).
29 juillet 1887.... — NÉLATON.
1 avril 1874..... — NICAISE.
14 avril 1875 ..... — PÉRIER.
9 juin 1886...... — PEYROT.
2 avril 1873...... — POLAILLON.
27 avril 1881 ..... — POZZI.
25 avril 1888..... — PRENGRUEBER.
10 mai 1887...... — QUÉNU.
18 avril 1883....... — RECLUS.
4 janvier 1888... — REYNIER (P.).
6 décembre 1882. — RICHELOT.
11 juillet 1888.... — ROUTIER.
1er décembre 1886. — SCHWARTZ.
9 février 1887.... — SEGOND.
15 juillet 1874.... — TERRIER.
22 octobre 1879... — TERRILLON.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de Rennes.
Auffret, médecin en chef de la marine.
Azam, professeur à la Faculté de Bordoaux.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Boiffin, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Bois, chirurgien de l'hôpital à Aurillac.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à la Faculté de Lyon.
Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).
Boursier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Chalot, professeur à la Faculté de Montpellier.
Cauchois, à Rouen.
Chapplain, professeur à l'École de Marseille.
Charvot, medecin-major de l'armée.
Chavasse, médecin-major de l'armée.
Chedevergne, professeur à l'École de Poitiers.
Chénieux, professeur à l'École de Limoges.

MM. CHIPAULT, à Orléans.
CLAUDOT, médecin principal de l'armée.
CLOSMADEUC, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
COMBALAT, professeur à l'École de Marseille.
DAUVÉ, médecin inspecteur de l'armée.
DEFONTAINE, au Creusot.
DELACOUR, directeur de l'École de Rennes.
DELAGENIÈRE, au Mans.
DELORE, professeur à la Faculté de Lyon.
DEMONS, professeur à la Faculté de Bordeaux.
DEMMLER, médecin principal de l'armée.
DESGRANGES, professeur à la Faculté de Lyon.
DEVALZ, à Bordeaux.
DEZANNEAU, professeur à l'École d'Angers.
DIDAY, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
DIEU, médecin principal de l'armée.
DUBAR, professeur à la Faculté de Lille.
DUBREUILH (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux
DUPLOUY, professeur à l'École navale de Rochefort.
DURET, professeur à la Faculté libre de Lille.
EHRMANN, à Mulhouse.
FOLET, professeur à la Faculté de Lille.
FONTAN, professeur à l'École de Toulon.
GAUJOT, médecin-inspecteur de l'armée.
GAYET, professeur à la Faculté de Lyon.
GRIPAT, à Angers.
GROSS, professeur à la Faculté de Nancy.
GUERMONPREZ, à Lille.
HACHE, professeur à Beyrouth.
HERRGOTT, professeur à la Faculté de Nancy.
HEURTAUX, professeur à l'École de Nantes.
HEYDENREICH, professeur à la Faculté de Nancy.
HOUZEL, à Boulogne-sur-Mer.
HUE (Judes), à Rouen.
JOUON, professeur à l'École de Nantes.
KŒBERLÉ, à Strasbourg.
LAGRANGE, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
LANELONGUE, professeur à la Faculté de Bordeaux.
LARABRIE (DE), professeur suppléant à l'École de Nautes.
LARGEAU, à Niort.
LARGER, à Maisons-Laffitte.
LEDRU, professeur à l'École de Clermont.
LE PRÉVOST, au Havre.
MALHERBES fils, professeur à l'École de Nantes.

MM. Martel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Mâlo.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Monod (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Moty, médecin-major de l'armée.
Mouchet, à Sens.
Mourlon, médecin principal de l'armée.
Nepveu, professeur à l'École de Marseille.
Nimier, médecin-major de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Phocas, professeur agrégé à Lille.
Piéchaud, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Pilate, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
Poisson, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Poncet (A.), professeur à Lyon.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Pravaz, à Lyon.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Robert, médecin principal de l'armée.
Rochard, médecin inspecteur général de la marine à Paris.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux, professeur à l'École de Marseille.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Schmit, médecin-major de l'armée.
Silbert, à Aix.
Surmay, à Ham.
Tachard, médecin principal de l'armée.
Tholozan, médecin principal de l'armée.
Thomas (Louis), à Tours.
Turgis, à Falaise.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Védrènes, médecin-inspecteur de l'armée.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux à Marseille.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM.

12 janvier 1887..... — Albert, Vienne.
11 août 1875....... — Bowmann, Londres.
4 janvier 1888 .... — Bryant, Londres.
16 janvier 1884 .... — Corradi, Milan.
7 janvier 1880 .... — Deroubaix, Liège.
4 janvier 1888 .... — Holmes (Th.), Londres.
7 janvier 1880 .... — Lister, Londres.
10 janvier 1877..... — Longmore, Netley-Southampton.
6 janvier 1864..... — Paget (James), Londres.
21 janvier 1885..... — Pellizarri, Florence.
20 janvier 1886 .... — Reverdin (J.), Genève.
13 janvier 1892.... — Rossander, Stockholm.
16 janvier 1884..... — Soupart, Gand.
6 juillet 1859 ..... — Scanzoni, Wurzbourg.
21 janvier 1885..... — Sklifossowsky, Moscou.
13 janvier 1892.... — Slaviansky, Saint-Pétersbourg.
12 janvier 1887..... — Thompson, Londres.
11 janvier 1882..... — Wells (Spencer), Londres.
20 janvier 1886 .... — Tilanus, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

10 janvier 1877..... — Amabile, Naples.
11 janvier 1882..... — Annandale, Édimbourg.
2 janvier 1889..... — Assaky, Bucharest.
8 janvier 1868..... — Barbosa, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — Bardeleben, Berlin.
31 décembre 1862.. — Back, Fribourg-en-Brisgau.
8 janvier 1879..... — Bigelow, Boston.
31 octobre 1851.... — Birkett, Londres.
3 janvier 1865..... — Billroth (Th.), Vienne.
13 janvier 1892.... — Bloch, Copenhague.
17 septembre 1851. — Borelli, Turin.
3 janvier 1865..... — Brown-Sequard.
13 janvier 1869.... — Broodhurst, Londres.
22 décembre 1852.. — Burggrave, Gand.
4 janvier 1888..... — Ceccherelli, Parme.
4 janvier 1889..... — Chiene, Édimbourg.
31 décembre 1862.. — Cornaz, Neufchâtel.
6 juillet 1859...... — Crede, Leipzig.
3 juin 1857....... — Crocq, Bruxelles.
3 janvier 1865.... — Emmert (F.-G.), Berne.
8 janvier 1862..... — Esmarch, Kiel.
6 juillet 1859..... — Fabri, Ravenne.
6 juillet 1859..... — Friedberg (H.), Berlin.
9 janvier 1879..... — Galli, Lucques.
13 janvier 1892.... — Galvani, Athènes.
13 janvier 1869.... — Gautier, Genève.
13 janvier 1864.... — Gherini, Milan.
9 janvier 1879.... — Gritti, Milan.
29 août 1855....... — Hammer, Saint-Louis (Missouri).
15 septembre 1852. — Hewett (Prescott), Londres.
2 janvier 1865.... — Humphry (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — Hutchinson (J.), Londres.
21 janvier 1891..... — Jamieson (Alex.), Shanghaï.

MM.

16 janvier 1884 ..... — JULLIARD, Genève.
13 janvier 1892 .... — KOCHER, Berne.
13 janvier 1892 .... — KOUZMINE, Moscou.
13 janvier 1869 .... — KRASSOWSKI, Saint-Pétersbourg.
21 janvier 1891 ..... — KUMMER, Genève.
21 janvier 1885 .... — LEWIS A. STIMSON, New-York.
6 juillet 1859 ...... — LARGHI, Bologne.
16 janvier 1884 ..... — LUCAS (Clément), Londres.
6 juillet 1859 ...... — MAC-LEOD, Glascow.
12 janvier 1887 .... — MAYDL, Vienne.
22 octobre 1856 .... — MAYOR, Genève.
21 janvier 1891 .... — Mac-Ewen (Williem), Glasgow.
13 janvier 1864 .... — MELCHIORI (Giovanni), Milan.
21 janvier 1891 ..... — DE MOOY, Amsterdam.
3 janvier 1883 ..... — MOSETIG-MOORHOF, Vienne.
janvier 1868 .... — PEMBERTON, Birmingham.
15 janvier 1890 .... — PEREIRA-GUIMARAÈS, Rio-Janeiro.
8 janvier 1862 .... — PIACHAUD, Genève.
21 janvier 1885 .... — PLUM, Copenhague.
12 janvier 1887 .... — REVERDIN (A.), Genève.
6 juillet 1859 ...... — RIED, Iéna.
21 janvier 1891 ..... — ROMNICEANU, Bucarest.
7 janvier 1880 .... — ROSE, Zurich.
11 août 1875 .... — ROUGE, Lausanne.
25 janvier 1890 .... — ROUX, Lausanne.
7 janvier 1880 .... — SABOIA, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862 .. — SANGALLI, Pavie.
21 janvier 1885 .... — SALTZMANN, Helsingfors.
10 janvier 1877 ..... — SAXTORPH, Copenhague.
20 mars 1867 .... — SIMON (John), Londres.
20 janvier 1886 .... — SOCIN, Bâle.
21 janvier 1885 .... — STUDSGART, Copenhague.
31 décembre 1862 .. — SPERINO (Casimir), Turin.
31 décembre 1862 .. — TESTA, Naples.
20 janvier 1886 .... — THIRIAR, Bruxelles.
11 janvier 1882 ..... — ZANCAROL, Alexandrie (Egypte).
13 janvier 1892 .... — ZIEMBICKI, Lemberg (Galicie).

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod père.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.
1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.

MM.

1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.
1883. — Guéniot.
1884. — Marc Sée.
1885. — S. Duplay.
1886. — Horteloup.
1887. — Lannelongue.
1888. — Polaillon.
1889. — Le Dentu.
1890. — Nicaise.
1891. — Terrier.
1892. — Chauvel.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René DUVAL, fondateur d'un prix annuel de 300 francs.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme HUGUIER, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

RICORD, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron LARREY, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Annales d'orthopédie et de chirurgie pratique. — Annales de thérapeutique médico-chirurgicale. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin médical. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Comptes rendus de la Société de biologie. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Gazette obstétricale. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Mercredi médical. — Moniteur thérapeutique. — Le Praticien. — Progrès médical. — Recueil d'ophthalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue médicale. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue illustrée de polytechnique médicale. — Revue des sciences médicales. — Tribune médicale. — Union médicale.

Alger médical. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin médical des Vosges. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse. — Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Nantes. Gazette médicale de Picardie. — Gazette médicale de Strasbourg. — Gazette médico-chirurgicale de Toulouse. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. — Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy.— Montpellier médical. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Annals of Surgery (Brooklyn). — Archiv für klinische Chirurgie. — Boletins da Sociedade de medicina de Rio de Janeiro. — British medical Journal (Londres). — Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Cronica medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela de medicina (Mexico). — John's Hopkins Hospital Reports (Baltimore). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — The Practitioner (Londres). — Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revue médicale de la Suisse romande. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de cinq prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy, le prix Demarquay et le prix Ricord ; *les deux premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix Duval a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1891 jusqu'au 1er novembre de l'année 1892 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1892. Par la bienveillance de M. le Dr Marjolin, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard Laborie a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris, en 1868, les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la

séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé, en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompenee dans une autre société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, la Société a décidé que les *membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie, Gerdy, Demarquay et Ricord.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

NOUVELLE SÉRIE

SÉANCE ANNUELLE

(20 janvier 1892.)

Présidence de M. Chauvel, vice-président.

Messieurs et chers Collègues,

Je ne m'attendais pas, hier encore, à l'honneur de présider cette séance, qui clôt pour notre Société l'année 1891.

Retenu dans le Midi par les suites d'une attaque très sévère de grippe épidémique, notre Président, M. Terrier, m'a demandé de prendre sa place que la maladie l'oblige à laisser vacante. Aujourd'hui, fort heureusement, en même temps que sa requête, il m'a fait parvenir le petit discours qu'il se proposait de vous dire. Avec la satisfaction de savoir notre collègue et ami hors de tout danger, avec l'espoir de le revoir dans quelques jours parmi nous, la lecture de son allocution contribuera à diminuer les regrets que nous cause à tous son absence.

ALLOCUTION DE M. TERRIER, président sortant.

Messieurs,

Lors de notre séance solennelle le Président sortant adresse à la Société ses plus sincères remerciements de l'honneur que ses

collègues ont bien voulu lui faire, en le choisissant pour diriger leurs séances.

Je n'aurai garde, messieurs, de manquer à cet usage, et mes remerciements doivent être d'autant plus vifs que vous m'avez nommé président en toute connaissance de cause, puisque comme vice-président j'ai dû prendre une large part dans la direction de vos séances dès 1890.

Ces remerciements s'accompagnent d'ordinaire d'un éloge parfois exagéré de notre société : il y a quelques années nous fûmes regardés comme les continuateurs de la célèbre Académie Royale de chirurgie.

Telle n'est pas ma manière de voir et depuis la fin du xviii[e] siècle les choses ont heureusement bien changé.

Ce qui nous caractérise, comme l'a si bien dit l'an dernier notre président, le Dr Nicaise, c'est de représenter la chirurgie française. Nous sommes la Société de chirurgie française, notre but est d'exposer incessamment les progrès de la chirurgie dans notre pays, et vos Bulletins sont consultés par les chirurgiens étrangers qui désirent se rendre un compte exact de l'état d'une question chirurgicale en France.

Donc pour nous Français, il y a un grand intérêt à ce que ces Bulletins renferment nombre de faits importants, de rapports érudits, voire même de mémoires résumés, sur telle ou telle question à l'étude.

Depuis quelques années, comme on vous l'a déjà fait remarquer, de notables modifications se sont introduites dans les travaux de la Société ; les longs mémoires ont presque disparu, les longs discours presque aussi ; à ces productions se sont substitués des exposés de faits, des discussions statistiques, des relations d'opérations ou de procédés opératoires.

Cette évolution fatale, non seulement pour nous, mais pour toutes les autres Sociétés savantes, comme l'a si bien fait remarquer notre ancien président M. Lannelongue, tient surtout à la tournure d'esprit de notre époque.

Les faits, les documents jouent en science comme en littérature un rôle considérable, un rôle peut être exagéré, dira-t-on ; mais la chose n'en reste pas moins indéniable.

Je me rappelle que, dans une discussion, d'ailleurs très brillante, mon cher maître, le professeur Trélat, exprimait très nettement cet état d'esprit, et concluait un peu familièrement peut-être, en disant « que le moindre grain de mil ferait mieux son affaire que de beaux raisonnements admirablement présentés ».

Messieurs, si les faits ont cette importance, et personne ne peut le nier aujourd'hui, encore faut-il qu'ils soient relatés avec grand

soin, je dirai, pour exprimer ici toute ma pensée, qu'ils soient scientifiquement exposés.

Or, la science actuelle, depuis les récentes découvertes biologiques, c'est-à-dire surtout depuis les recherches bactériologiques, la science actuelle, dis-je, est fort exigeante.

Trop souvent, j'ai entendu des hommes de science pure accuser les médecins en général de faire du roman en s'appuyant sur des documents incomplets, mal observés, ou plutôt insuffisamment observés.

Si donc, messieurs, vous communiquez, si vous relatez des faits expérimentaux ou d'observation, apportez-y toute la rigueur scientifique qu'il est possible d'atteindre actuellement. Cette rigueur sera certainement relative, n'en doutez pas, mais enfin vous aurez tout tenté pour vous approcher de la perfection, ce qui est le but idéal que nous poursuivons tous ici.

C'est pour cela que je me suis efforcé de provoquer des discussions sur les principales questions portées à votre tribune, mais en reportant ces discussions aux séances suivantes, afin que nos collègues les plus autorisés aient le temps de réunir leurs matériaux, de les condenser et d'en tirer le meilleur parti possible pour l'avancement de notre art, je voudrais pouvoir dire de notre science chirurgicale.

C'est qu'il faut se défier de sa mémoire et se rappeler que trop souvent une observation d'un intérêt capital devient obscure et discutable, lorsqu'elle est non pas relatée, mais *racontée* dans le sens absolu du mot.

Dans le même but, je vous avais proposé, au début de l'année dernière, d'établir à l'avance le programme probable de vos séances, comme l'ont fait, déjà, quelques sociétés savantes.

Mes efforts ont-ils abouti ? Je l'espère au moins pour une partie des questions traitées à cette tribune, questions dont Monsieur le secrétaire annuel, mon excellent ami M.Gustave Richelot, va vous donner un rapide aperçu.

Ai-je pu convertir tous les membres de notre Société à cette manière d'envisager la marche de nos séances, je n'ose le croire !

Et cependant, messieurs, je suis convaincu que cette question est capitale pour conserver intacte la valeur de notre compagnie et pour faciliter son évolution scientifique.

Je remplis donc ici un véritable devoir de conscience en vous signalant en toute sincérité les progrès qu'il vous est possible et je dirai facile de faire dans cet ordre d'idées.

Messieurs, j'avais espéré terminer mon exercice de président sans avoir à déplorer la mort d'un des membres de notre Société,

le sort ne l'a pas voulu ainsi, et nous venons de perdre un de nos doyens, M. le professeur A. Richet.

Les travaux du professeur Richet sont connus de toute la génération chirurgicale actuelle, elle a fait son éducation alors que le *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale* était regardé, à juste titre, comme le livre classique par excellence.

Depuis longtemps, le professeur Richet n'assistait plus à nos séances, mais il fut une période dans laquelle il prit une part active aux travaux de la Société, qu'il présida en 1864. Il fut nommé membre honoraire en 1867.

Quelques années après la guerre le professeur Richet abandonna la chirurgie militante, bien qu'il ne prit définitivement sa retraite qu'en 1889.

Pour nombre d'entre nous, le professeur Richet était le type du chirurgien classique : grand, grave, solennel même ; ayant une haute idée de la dignité professionnelle et je dirai aussi de sa propre dignité ; donnant à tous l'exemple du travail incessant et du devoir accompli.

De tels hommes, Messieurs, honorent notre profession, nous leur devons un tribut d'admiration, de respect et d'éloges.

Parmi nos correspondants nationaux, je vous rappellerai la mort récente, si regrettable, du professeur L. Tripier (de Lyon), enlevé à ses élèves et à ses amis à un âge où la vie est encore pleine de promesses ; celle de notre sympathique collègue le Dr Cazin (de Berck-sur-Mer), qui lutta si longtemps et si courageusement contre un mal qui ne pardonne guère ; enfin la mort du Dr Davat (d'Aix-les-Bains).

Parmi nos correspondants étrangers nous avons encore à regretter la perte du Dr Gori (d'Amsterdam) et celle du Dr Wölfler (de Vienne). Ce dernier aurait succombé à des accidents septiques après une intervention urgente chez une malade atteinte de phénomènes utérins infectieux.

Messieurs, cette année la Société a nommé un membre titulaire, M. le Dr Félizet, chirurgien des hôpitaux de Paris, et elle a accordé l'honorariat à notre excellent collègue M. le Dr Desormeaux.

Ont été élus membres correspondants nationaux, MM. les docteurs Boiffin, Boursier, Eugène Monod, Schmit, H. Delagénière, Demmler, Gripat, de Larabrie, Largeau et Phocas.

Associés étrangers, MM. les professeurs Rossander (de Stockholm) et Slaviansky (de Saint-Pétersbourg).

Membres correspondants étrangers, MM. Bloch (de Copenhague), Galvani (d'Athènes), Kocher (de Berne), Kouzmine (de Moscou) et Ziembicki (de Lemberg).

Permettez-moi, Messieurs, au nom de la Société, de souhaiter la bienvenue à nos nouveaux collègues.

Je termine, Messieurs, en vous rappelant l'existence d'un nouveau prix fondé par notre ancien président, M. le Dr Ricord ; à cet égard j'ai le regret de vous annoncer que cette année le prix Gerdy comme le prix Laborie n'ont pu être décernés, faute de concurrents.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1891

Par M. Richelot, secrétaire annuel.

Messieurs,

En parcourant les dernières années de nos Bulletins, j'ai trouvé qu'un bon nombre de nos secrétaires annuels commencent leurs discours par une phrase à peu près stéréotypée, se plaignant avec mesure qu'un article du règlement les oblige à énumérer tout ce que vous avez fait dans l'année, à vous répéter ce que vous savez aussi bien qu'eux, à faire de vous un éloge que vous portez tous dans vos cœurs. Plusieurs se résignent avec grâce, aucun n'entame son travail avec enthousiasme. Il en est un qui, au moment d'obéir à la coutume, propose timidement qu'on la supprime. Je ne demanderai pas, pour me singulariser davantage, la suppression même de la séance dite solennelle, vieil usage excellent, sans doute, pour les académies, mais qui ne me semble ajouter rien au prestige ou à la fécondité de vos travaux.

Cela dit, je me résigne comme mes prédécesseurs et je commence.

On nous reproche quelquefois une prédilection trop marquée pour la chirurgie abdominale. Comme l'abdomen contient les trois quarts des viscères qui nous intéressent, je ne suis pas scandalisé, pour ma part, qu'il nous prenne à lui seul les trois quarts de nos veilles. Néanmoins, je prouverai facilement que vous êtes bien loin de vous y confiner, et qu'il n'est pas une région de l'organisme qui n'ait attiré votre attention et suscité d'utiles travaux pendant l'année 1891 : pour faire cette preuve, je passerai en revue, dans un ordre classique, la tête, le tronc et les membres.

Dans le premier groupe se place tout d'abord une question d'intérêt majeur, la trépanation. Un travail de Verchère *sur un fait de crâniectomie pour épilepsie jacksonnienne* a été l'objet d'un rapport de Terrier ; la discussion a mis en lumière les incertitudes

que présentent encore les causes, le pronostic et le traitement de l'épilepsie symptomatique. Le fait de Verchère est parmi les plus heureux ; il y en a d'autres qui sont encourageants, mais dont le résultat n'est pas toujours certain, les observations ayant vu le jour un peu trop tôt. Il faut agir, cependant, et espérer le succès ; il faut ouvrir largement, faire une véritable crâniectomie, découvrir une région plutôt que chercher un point limité. La réimplantation osseuse est inutite pour la protection ultérieure du cerveau ; elle est mauvaise, puisque la décompression de l'encéphale paraît être un élément de guérison. Mais ce dernier fait n'est pas absolument hors de doute. Et, ce qui est encore moins démontré, c'est qu'il soit utile, quand on a découvert le centre moteur et qu'on l'a trouvé dépourvu de lésions, de l'exciser à la manière des chirurgiens anglais, et de compter sur les suppléances pour le retour du mouvement. Il faut enfin savoir que l'épilepsie localisée, avec ou sans monoplégie, a une « valeur directrice » et présage une issue heureuse ; au contraire, la généralisation des phénomènes convulsifs est une mauvaise condition et rend l'intervention dangereuse, quelque bénin que soit en lui-même l'acte opératoire. Telles sont les réflexions échangées entre Terrier et Championnière.

Autour de cette discussion viennent se ranger quelques faits de même ordre : Auguste Broca draine le ventricule latéral dans un cas d'hydrocéphalie, la contracture du membre supérieur disparaît et la faiblesse des jambes diminue ; Théophile Anger obtient une amélioration par la crâniectomie chez une fille peu développée et à peu près idiote ; Février trépane un jeune homme huit ans après un traumatisme du crâne, et le guérit en quinze jours d'une paralysie avec contracture du membre supérieur gauche.

Un rapport de Berger, fait avec cette conscience que notre collègue apporte en tous ses travaux, nous conduit à travers l'anatomie pathologique des hydro-encéphalocèles, et nous fait bien saisir les détails de leur pathogénie. Il commente un travail de Picqué *sur l'anatomie pathologique, le diagnostic et le traitement des encéphalocèles.* L'auteur du mémoire avait extirpé et guéri une tumeur de cette nature siégeant à la région occipitale. Une autre communication du même chirurgien a trait à un *énorme spina-bifida de la région lombo-sacrée*, extirpé avec le même succès.

Nous devons encore à Berger une étude *sur la réunion par première intention des pertes de substance consécutives à l'ablation des tumeurs de la langue.* La pratique n'est pas très nouvelle, et plusieurs d'entre nous ont rappelé qu'ils l'utilisent depuis quelques années ; mais les ouvrages classiques n'en font pas mention. Elle est précieuse pour l'hémostase, pour la rapidité de la guérison ; il est bon de réunir même les plaies irrégulières, les parties char-

nues qui ne s'affrontent pas bien, les grandes pertes de subtance où le plancher de la bouche est sacrifié. Enfin, la réunion immédiate a le grand avantage, aux yeux de Terrier, d'éviter les inoculations secondaires et les suppurations cervicales contre lesquelles les chirurgiens n'ont pas toujours su se prémunir.

Les *kystes dermoïdes du plancher de la bouche* vous ont occupé à deux reprises : la première fois, il s'agissait d'une tumeur linguale enlevée par Schmitt et d'un rapport de Delens. Avec une compétence particulière, Gérard-Marchant discute le mode d'intervention, accepte à la rigueur la voie buccale pour les kystes peu adhérents, fixés aux apophyses géni, mais préconise la voie sus-hyoïdienne pour extirper facilement, complètement et sans peur de récidive ceux qui adhèrent à l'os hyoïde et font saillie à l'extérieur. Plus tard, Monod reprend la question, montre les éléments du diagnostic, le siège ordinaire des kystes dermoïdes sur la ligne médiane, adopte les idées de Gérard-Marchant d'une façon générale ; mais, s'appuyant sur l'observation d'une jeune fille à qui il fut bien aise d'éviter une cicatrice apparente, si minime qu'elle pût être, il établit que, pour les kystes latéraux, de moyen volume et formant relief sous la langue, l'opération peut et doit être faite par la bouche. Ainsi pense un de nos plus estimés correspondants, Heurtaux (de Nantes), qui nous envoie deux exemples de kystes dermoïdes opérés par la voie buccale avec ablation complète de la poche.

J'ai encore à citer, dans cette région : un procédé de Félizet pour l'*opération radicale de la grenouillette*, qui consiste à injecter de l'eau boriquée dans le tissu cellulaire buccal autour du kyste, à découvrir et à vider la tumeur, à la remplir d'une petite éponge, puis à disséquer ses adhérences et à les enlever complètement, grâce à la consistance nouvelle de la poche et à l'œdème artificiel créé par l'hydrotomie ; une ingénieuse opération de Le Dentu, qui, ayant à traiter une *constriction cicatricielle des mâchoires*, et trouvant que l'opération d'Esmarck laisse après elle une mastication défectueuse, a obtenu un très bon résultat par la *désinsertion du masséter* et la section des adhérences de la muqueuse à la branche montante, et recommande cette méthode pour des cas relativement simples, dans lesquels le muscle temporal est hors de cause ; un important travail de Lagrange (de Bordeaux) sur le pronostic et le traitement des *tumeurs malignes intra-oculaires*, d'où il ressort que, dans ces cas à propagation rapide, l'énucléation du globe de l'œil suffit rarement à enlever tout le mal, qu'elle convient seulement aux leuco-sarcomes fusiformes du tractus uvéal et aux cas rares de gliomes endophytes, au début ; que l'évidement complet de la cavité orbitaire doit toujours être pratiqué dans le sar-

come mélanique du tractus uvéal, dans le sarcome blanc embryonnaire et dans la grande majorité des gliomes rétiniens. Malgré l'opinion un peu pessimiste de Championnière, qui n'est pas loin de considérer les mélanomes de toutes les régions comme des *noli me tangere*, auxquels l'opération donne un coup de fouet funeste, plusieurs d'entre nous ont montré par des exemples que l'opération dirigée contre ces tumeurs peut être opportune, donner des guérisons prolongées et rendre service aux malades.

Si nous descendons à la région cervicale, nous trouvons un rapport de Nicaise sur deux observations de Kummer et Tavel : *Strumites métastatiques*, où la suppuration du corps thyroïde a été provoquée ici par le bacille typhique à la suite d'un catarrhe intestinal avec fièvre dont elle a révélé la nature ; là par le streptocoque à la suite d'un accouchement ; nouvelle preuve qu'il y a, comme chacun sait, plusieurs variétés de suppuration suivant la variété du microbe pyogène. A l'appui des idées émises par le rapporteur, Schwartz vous a présenté un fait de *péri-arthrite scapulo-humérale à pneumocoques*, survenue pendant la convalescence d'une pneumonie, et Kirmisson un exemple de *suppuration d'un kyste thyroïdien à la suite d'accidents de septicémie puerpérale*. Nous trouvons encore un rapport de Routier sur une observation de Montaz (de Grenoble), relative à un *corps étranger de la trachée*, et remarquable par la nature métallique de ce corps, par la longue durée de son séjour et par la trachéotomie qui a permis de l'extraire.

Descendons toujours. J'aurais pu, à propos de la chirurgie cérébrale, vous parler de celle du rachis, qui en est voisine. Mais ici, et bien qu'on puisse dire que la chirurgie de la colonne vertébrale est en progrès, comme celle des autres régions, la trépanation ou « laminectomie » semble donner, sinon des suites immédiates mauvaises, du moins des résultats éloignés problématiques. Nicaise et Championnière, tout en faisant des réserves, sont pleins d'espoir ; Schwartz et Terrier mentionnent des faits négatifs ; on discute un peu sur la forme et la dimension du trépan ou de la pince coupante. Bref, comme on dit, « la question est à l'étude ; » ne désespérons pas de son avenir, après les considérations de Vincent (d'Alger) et le rapport de Nicaise *sur les caractères anatomiques et sur le traitement des plaies par armes à feu de la moëlle épinière*.

Adrien Schmit, membre correspondant, nous a raconté l'histoire, ou plutôt l'autopsie, d'un soldat qui succomba rapidement à un *hémothorax foudroyant*, dû à une *section de l'artère pulmonaire gauche par balle de revolver ;* fait absolument exceptionnel, d'après les recherches de l'auteur.

Pour en finir avec le thorax, il faut encore signaler deux travaux sur le manuel opératoire. L'un, dû à Roux (de Lausanne), et s'appuyant sur un fait clinique, nous parle d'un *nouveau procédé applicable aux interventions sur le poumon*. Il s'agit, pour éviter le pneumothorax artificiel que provoque l'incision de la poitrine, de coudre la plèvre viscérale avec la pariétale dans la zone qu'on a choisie pour attaquer le poumon, et cela par une suture à arrière-point » continue et déterminant un accolement parfait des séreuses. L'autre, dû à Quénu et Hartmann, est l'exposé de recherches purement cadavériques, et a pour but de nous montrer la meilleure *voie de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur*. Sur quels organes, corps vertébraux, œsophage ou ganglions, et à quelles applications pratiques nous conduit l'incision verticale de 15 centimètres, à l'angle des côtes, préconisée par les auteurs ? C'est à la clinique de nous l'apprendre.

Au premier rang de la chirurgie abdominale apparaît une grande question qui vous passionne, qui est revenue maintes fois et reviendra encore à l'ordre du jour, celles des *plaies pénétrantes de l'abdomen*. Elle est représentée cette année par une observation de Broca et deux de Boiffin rapportées par Terrier; trois de Terrier, Louis, Hartmann; trois de Berger, Verneuil, Peyrot; sans compter quelques faits sommairement relatés au cours de la discussion, et dont l'intérêt n'est pas moindre ; sans compter un relevé statistique de Berger, où est nettement exposée sa pratique dans les plaies de l'estomac, dans les blessures limitées au gros intestin, dans les plaies multiples de l'intestin grêle.

Terrier a cru pouvoir diviser la Société de chirurgie en trois catégories : *a*) ceux qui, avec Pozzi, Championnière et lui-même, admettent qu'il faut toujours faire la laparotomie d'emblée, le plus tôt possible, car elle permet, ou de ne rien faire s'il n'y a pas de désordre, ou de les réparer s'il sont réparables, et, en présence de lésions multiples, elle n'ajoute rien à leur gravité ; *b*) ceux qui, avec Berger, reconnaissent la valeur de la laparotomie, mais n'y viennent, pour ainsi dire, qu'à regret ; *c*) ceux qui, sachant que certaines plaies pénétrantes peuvent guérir seules, préfèrent, à l'instar de Reclus, s'en remettre à la nature du soin de sauver leurs blessés. Comme toutes les classifications, celle-ci est un peu schématique, elle manque d'élasticité. Reclus, sans doute, refuserait de se ranger parmi les abstentionnistes quand même. Berger nous dirait à son tour qu'il n'a pas fait à regret certaines laparotomies dont l'indication avait été par lui judicieusement posée, dans son service, où tout est prêt, organisé, tout le monde entraîné pour une laparotomie immédiate, où lui-même est toujours disposé, au premier

signal, à venir au secours de ses malades. Le différent ne porte, en somme, que sur un point : faut-il intervenir toujours, ou attendre qu'il y ait des symptômes ? Il semble qu'aujourd'hui la plupart des chirurgiens en viennent à l'opinion suivante : le calme des premières heures est insidieux, on a vite fait de laisser passer l'instant favorable ; une laparotomie bien aseptique ne peut faire de mal à un blessé qui n'a pas de lésions graves, elle est son unique chance de salut quand il est en péril. Je n'ajoute rien, de peur de sembler partial à quelques-uns d'entre vous.

Chemin faisant, on a discuté la technique des sutures fines, à deux ou trois étages, que réclament les parois de l'intestin ; nous la retrouvons dans un rapport de Terrillon *sur trois observations de chirurgie intestinale* présentées par Boiffin (de Nantes). Citons encore un *appendice iléo-cæcal* présenté par Schwartz, un autre par Routier : l'appendicite, cette année, n'a pas fait autrement parler d'elle.

Vous permettrez à votre secrétaire annuel de ne pas quitter la chirurgie de l'intestin sans vous rappeler ce qu'il vous a dit sur l'*extirpation du rectum par la voie sacrée*. Partisan déclaré de la méthode de Kraske, il montre par une série d'observations qu'elle vous permet d'obtenir les résultats suivants : *a*) disséquer méthodiquement les cancers très haut situés, en conservant la région sphinctérienne ; *b*) enlever complètement des cancers nettement circonscrits, mais qui seraient inopérables avec les autres méthodes, leur limite supérieure échappant au bistouri ; *c*) conserver tout ou partie du sphincter externe, même quand la paroi rectale est envahie jusqu'en bas ; *d*) éviter la formation d'un « cloaque », dans les cancers de la paroi recto-vaginale ; *e*) attaquer les récidives encore limitées, et donner aux malades une dernière chance de salut ; *f*) enfin, rendre plus facile et plus précise l'extirpation des rétrécissements syphilitiques. Cette dernière proposition a fait mettre au jour quatre faits de rétrécissements du rectum, trois syphilitiques et un congénital, traités par l'extirpation (Quénu, Segond, Terrier, Berger), mais aucun par la voie sacrée.

Les *hernies* vous ont occupé, comme de juste ; mais on parle maintenant sur des points de détails, la lutte est finie sur la légitimité de la cure radicale. Berger lui-même paraît avoir oublié les « dix mille cas » sur lesquels il s'appuyait naguère pour la condamner ; il rivalise de zèle avec Championnière pour réséquer le sac le plus haut possible, fermer le trajet solidement et se prémunir contre la récidive. Je fais ici allusion, non pas à son premier travail *sur quelques variétés de la hernie in-*

guinale congénitale chez la femme, où sont étudiés surtout les caractères anatomiques et la pathogénie, mais bien à la discussion qui suivit le mémoire de Championnière sur la *cure radicale de la hernie inguinale chez la femme, et en particulier de la hernie congénitale*. C'est alors qu'on voit nos deux collègues étudier de nouveau la constitution du sac, le rôle du ligament rond, les rapports avec l'ovaire, et, dans leurs opérations, inciser hardiment le trajet inguinal pour porter très haut la dissection, puis enserser les tissus dans leurs points de suture de manière à former une masse dure, une cicatrice à toute épreuve. Nos collègues diffèrent d'opinion sur quelques points d'une certaine importance, entre autres la fixation du moignon du sac par le procédé de Barker, la suture en masse ou en étages de la paroi abdominale.

Larabrie (de Nantes) a observé une *hernie congénitale de l'ombilic*, et l'a guérie par la cure radicale pratiquée sept heures après la naissance; Routier, son rapporteur, l'en a félicité à bon droit. C'est encore Berger qui s'est chargé de l'analyse d'une *observation de hernie obturatrice*, présentée par M. Picqué. Il met en lumière la difficulté du diagnostic, l'obscurité des signes, les dangers de la hernie, et conclut : « Toute hernie obturatrice doit être traitée par l'opération, qu'il s'agisse de combattre l'étranglement dont elle est le siège ou de mettre le malade à l'abri d'un étranglement qui n'existe pas, mais dont il est à chaque instant menacé. » Cette opération, c'est l'incision directe de la tumeur inguinale dont Picqué étudie les conditions anatomiques; on a fait trois ou quatre fois la laparotomie par erreur de diagnostic. A ce propos, le rapporteur stigmatise « l'étrange prétention » de Lawson Tait, qui veut substituer l'ouverture du ventre à la kélotomie dans tous les cas de hernie étranglée ou de cure radicale.

Voici maintenant la chirurgie hépatique, à laquelle de récents travaux ont presque donné l'air d'une nouvelle venue. Non, certes, quand il s'agit des grands *abcès du foie;* et cependant il y a encore du nouveau à dire, puisque Fontan (de Toulon) propose de modifier l'incision de Stromeyer-Little, de la faire plus large, d'y ajouter au besoin la résection d'une côte, et de finir l'opération par le curettage de la cavité sans obtenir toutefois sur ce dernier point l'assentiment de Pozzi et de Monod; puisque la bactériologie, d'autre part, vient nous révéler *la stérilité du pus des abcès du foie* consécutifs à la dysenterie (obs. de Peyrot), cause inattendue de l'innocuité que présente l'incision large de ces foyers, sans précautions, sans adhérences péritonéales.

Une *vésicule biliaire* bourrée de calculs et enlevée par Bouilly n'est pas non plus chose très nouvelle. Mais ce qui l'est davan-

tage, c'est la question soulevée par le rapport de Terrier sur *deux laparotomies pour plaies du foie*, par A. Broca. Il s'agit là d'opérations exploratrices, entreprises de propos délibéré pour aller à la recherche d'une plaie accidentelle du foie et la traiter directement ; on trouve quelques observations de ce genre à l'étranger, toutes récentes. C'est bien aussi une question neuve que développe un autre rapport de Terrier sur le *cathétérisme des voies biliaires*, d'après des observations de Fontan et de Delagénière; tellement neuve qu'il est impossible de poser des conclusions fermes, et qu'on peut dire seulement : ce cathétérisme est le plus souvent possible à l'état pathologique, par le fait de la dilatation des voies biliaires ; il n'est pas soumis, quant à présent, à des règles opératoires fixes; il peut être utile au diagnostic et au traitement ; il paraît indiqué toutes les fois qu'un obstacle mécanique s'oppose à l'écoulement de la bile dans l'intestin; on doit le faire avec des bougies en gomme, non avec des instruments métalliques.

Abordons les voies urinaires, en commençant par le rein. Par ses *Réflexions à propos de six néphrectomies transpéritonéales*, Terrillon pose d'une façon nouvelle la question de l'ablation du rein: il nous donne la laparotomie comme étant la méthode de choix, pour peu que la tumeur soit volumineuse et saillante en avant; puis il nous propose, après avoir lié l'uretère et bien aseptisé au thermocautère le bout qui dépasse la ligature, de laisser le foyer opératoire sans drainage, sans suture du péritoine à la paroi, sans réunion de la plaie péritonéale; en un mot, de faire la néphrectomie comme tant d'autres laparotomies avec ablation complète des organes malades et réduction du pédicule. C'est la simplification fort séduisante d'une opération qu'on a peut-être entourée jusqu'ici de quelques manœuvres superflues.

Deux reins vous ont été présentés : un *rein polyskystique* par Pozzi, un *rein mobile* et atteint de pyonéphrose intermittente par Quénu; deux *calculs*, après taille rénale, par Gérard-Marchant; par Moty, des pièces anatomiques provenant d'un malade du Val-de-Grâce, chez lequel *tuberculose vertébrale et lithiase rénale* se trouvaient combinées.

Horteloup cherche à perfectionner la lithotritie par l'usage d'un fauteuil de son invention qui permet d'imprimer des mouvements à l'opéré, et vante l'*influence de ces mouvements sur la prise des calculs vésicaux*. Bazy cherche à établir, comme il l'a déjà fait au dernier Congrès de chirurgie, que certaines *cystites* qu'on appelle rhumatismales ou goutteuses ont pour véritable origine une infection, et pense le démontrer par une observation dans laquelle une

cystite, qui n'était ni tuberculeuse ni blennorragique, avait été précédée d'un mal de gorge.

Les organes génitaux de l'homme ont été, cette année, plus modestes que ceux de la femme. Je citerai d'abord le cas de *castration hâtive pour le lymphadénome et pour la tuberculose du testicule*, présentés par Terrillon. Quelle que soit la malignité du lymphadénome quand on opère de bonne heure, on peut avoir une guérison prolongée; Bouilly en cite un exemple personnel.

La tuberculose, de son côté, est souvent une maladie toute locale et facile à guérir quand on intervient sans tarder. Reclus va plus loin : il y a des formes bénignes qui guérissent toutes seules et sans opération. Verneuil prefère à la castration l'évacuation des foyers et la cautérisation interstitielle, qui conservent aux malades « l'illusion de leur testicules ».

Un écho de nos discussions antérieures sur l'*orchidopexie* se retrouve dans une présentation de Monod et dans une observation de Gérard-Marchant. Il semble bien, d'après ces deux faits, que la fixation du testicule sans libération préalable du cordon et dissection complète de ses adhérences est insuffisante à maintenir le testicule au fond du scrotum. Aussi votre secrétaire a-t-il pu rappeler l'opinion qu'il soutient depuis longtemps, et dire : le scrotum est aussi mobile que la glande séminale ; s'il y a des causes qui attirent de nouveau cette dernière, glande et scrotum doivent remonter ensemble... Ce qui est utile aux malades dans les opérations d'orchidopexie, ce n'est pas la fixation du testicule, c'est tout ce qu'on fait autour de cette fixation : oblitération du canal séreux, cure radicale de la hernie si elle existe, libération parfaite du cordon, excision des fibres du crémaster. A ces détails, Félizet nous conseille d'ajouter la suture des piliers avec le « fil d'or absolu », suture qui, en comprimant les veines du cordon, produit une stase de la circulation en retour, un véritable « varicocèle expérimental » favorable à l'abaissement du testicule.

J'en aurai fini avec le côté des hommes, quand j'aurai cité une courte communication sur la *pathogénie de l'hydrocèle congénitale*, où Verneuil se déclare partisan de l'origine péritonéale de l'épanchement séreux; un fait curieux et rare, présenté par Charvot, *d'atrophie testiculaire double d'origine ourlienne avec hypertrophie consécutive des deux mamelles ;* enfin le singulier exemple d'*étranglement de la verge par une massette en acier trempé*, dont nous a entretenu Poncet (de Lyon).

Avec l'année 1891 l'*hystérectomie vaginale*, érigée par Péan, sous le nom de castration utérine, en méthode générale de traitement contre les lésions inflammatoires des annexes, commençait à éveiller l'attention, sans qu'il en fût encore question à la Société

de chirurgie. La plupart d'entre nous avaient contre elle les idées préconçues que devaient partager tous les chirurgiens habitués aux beaux résultats de la laparotomie. Vint alors la communication de Segond (25 février). Elle avait pour titre et pour objectif principal les suppurations pelviennes, et nous conseillait de les attaquer par la voie vaginale en supprimant d'abord l'utérus, c'est-à-dire en faisant au sein des lésions un vaste débridement qui permettait d'enlever ou tout au moins d'ouvrir largement les cavités purulentes, d'en assurer le drainage et le retrait rapide. Mais elle contenait aussi des exemples de lésions non suppurées, et l'auteur, en somme, ne tendait à rien moins qu'à substituer la castration utérine à la laparotomie dans tous les cas de lésions bilatérales des trompes et des ovaires, justiciables d'une opération.

Cette tendance nous parut exagérée, systématique. Les résultats que donne la laparotomie n'appelaient pas une réforme si radicale, un pareil changement de front. Il nous semblait que, par l'incision sus-pubienne, nous faisions des opérations moins aveugles, d'abord exploratrices, qui nous permettaient de reconnaître l'état des organes, de revenir sur nos pas en cas d'erreur, de ne sacrifier que le nécessaire, enfin d'obtenir des guérisons plus complètes par l'extirpation totale des organes malades, tandis que la méthode nouvelle inscrivait dans son programme de ne pas tirer quand même, d'ouvrir les poches adhérentes et de laisser sans scrupule des annexes destinées à l'atrophie. Votre secrétaire annuel exprima le sentiment que vous aviez alors presque tous, dans cette phrase qui lui paraît trop absolue aujourd'hui : « Il faut tout sacrifier, sauf la vie de la femme, à l'extirpation totale des lésions. »

Cependant, plusieurs d'entre nous firent tout d'abord une concession importante. Quand l'utérus est enclavé au milieu de masses résistantes, formant sous la paroi abdominale des plastrons étendus et faisant prévoir des adhérences multiples de l'intestin, au milieu desquelles sont perdues les trompes suppurées et peut-être aussi des collections péri-tubaires, la laparotomie est entourée d'écueils. Elle a une mortalité que personne ne nie, si peu élevée qu'elle soit, et à laquelle nul chirurgien n'échappe, si optimistes que soient ses discours. Elle peut rester incomplète, et les poches purulentes qu'on n'a pu extirper, foyers sinueux à parois dures, ouverts à leur partie supérieure et se vidant mal, se transforment en fistules de longue durée. On a beau nous donner des relations encourageantes, où est mise en lumière l'habileté de l'opérateur aux prises avec des adhérences solides; nous avons tous passé par là, tous nous savons les succès qu'on peut en obtenir, mais tous aussi nous connaissons les échecs. Or l'hystérectomie vaginale, en fai-

sant un grand trou dans la cavité pelvienne, en ouvrant les poches purulentes à leur partie déclive et réalisant un « drainage idéal », sans violenter les intestins ni contaminer le péritoine, nous paraissait trouver dans ces cas périlleux son indication la plus formelle.

Après cet exposé général, vous me pardonnerez si je n'entre pas dans l'analyse détaillée de la discussion à laquelle prirent part, comme champions de la méthode nouvelle, Segond et Reclus presque seuls, et dans le camp opposé, — ce qui ne veut pas dire ennemi — Bouilly, Terrier, Richelot, Routier, Championnière, etc. J'allais oublier Pozzi, l'adversaire jusqu'ici le plus irréconciliable.

Cette importante controverse a retenti longtemps dans la presse médicale, où elle a suscité plus d'une passe d'armes intéressante. Elle est revenue parmi nous en octobre dernier, avec Terrillon, Quénu, Peyrot et d'autres encore. Je sais un service où la question a été mise régulièrement à l'étude, où les documents s'accumulent, où les indications sont cherchées en toute conscience, le manuel opératoire solidement établi, la statistique très heureuse. Vous pouvez en déduire que l'hystérectomie vaginale n'a pas dit son dernier mot à la Société de chirurgie, et que la Saint-Sylvestre ne viendra pas sans quelle ait reparu devant vous.

L'intérêt provoqué par le débat dont je viens d'esquisser les principaux traits a relégué au second plan l'*hystérectomie vaginale contre le cancer utérin.* Votre secrétaire annuel a tenu, cependant, à vous présenter un travail destiné à la rétablir, pour ainsi dire, en effaçant l'impression laissée dans le monde médical par notre discussion de 1888, où cette opération fut quelque peu malmenée. L'auteur étudie les causes de nos premiers insuccès, la valeur thérapeutique de l'opération et les résultats éloignés. Il donne une série nouvelle d'observations où la mortalité opératoire est à peu près nulle et les suites encourageantes. Tous nos collègues n'ont pas été, même dans ces derniers temps, aussi bien partagés ; tous ne disent pas, comme lui, que l'opération est bénigne et qu'elle donne assez souvent des guérisons prolongées. Il faut cependant retenir, de cette nouvelle discussion, que bon nombre de nos malades ont vécu longtemps après la récidive, à l'état de femmes guéries, c'est-à-dire sans plaie vaginale entraînant la douleur, des pertes et des traitements variés, et que plusieurs sont encore vivants et sans récidives depuis 4, 5 et 6 ans révolus.

Au grand chapitre de la gynécologie, inscrivons encore : l'*hématocèle pelvienne* et la *grossesse extra-utérine*, deux questions voisines et qui même se confondent dans des présentations de pièces et de lectures nombreuses, signées Bazy, Reynier, Tuffier, Picqué, Le Bec ; les *fibro-myômes* (observation de Houzel), et no-

tamment un *énorme fibro-myôme du ligament rond au niveau de son insertion dans la grande lèvre*, que Polaillon vous a présenté ; une *salpingite tuberculeuse* opérée par Reynier ; un cas de *tuberculose primitive de la muqueuse utérine et des trompes* (Pozzi) ; un *pyo-salpinx* enlevé par Le Dentu avec 22 *centimètres du côlon ascendant ;* trois observations de *kystes séreux du mésentère*, par Terrillon, avec la description de leurs caractères anatomiques, de leur étiologie, de leurs signes et de leur traitement par la laparotomie ; enfin une étude de Pozzi sur la *résection partielle de l'ovaire et la salpingorraphie*, étude fondée sur l'observation de deux malades qui, opérées depuis quatre et six mois, paraissent bien guéries et ont conservé leurs ovaires, c'est-à-dire la possibilité de la fécondation, mais dont les conclusions sont battues en brèche par Routier, estimant que la castration incomplète chez la femme risque fort de laisser persister ou revenir les douleurs et d'obliger plus tard à une seconde intervention.

Il faudrait plus qu'une simple mention pour notre correspondant Chénieux (de Limoges), qui, dans une *Note sur le traitement intra-péritonéal du pédicule* après l'hystérectomie abdominale, substitue le fil de soie à la ligature élastique et vous conseille de traiter le pédicule utérin comme celui d'un kyste ovarique, méthode judicieuse et souvent applicable. Je me bornerais, au contraire, à citer le titre de ma communication sur l'*Influence curative de certaines laparotomies exploratrices*, si je ne tenais à dire que beaucoup d'entre vous, Pozzi, Reclus, Monod, Routier, Terrier, Marchand, Tillaux, ont vu, comme moi, ces faits paradoxaux dans lesquels une incision abdominale restée purement exploratrice, sans évacuation ni extirpation d'aucune sorte, a amené, par un mécanisme inconnu, l'amélioration rapide ou même la guérison franche de lésions matérielles bien déterminées.

J'arrive à la chirurgie des membres. Ici, les faits sont si variés, si disparates, si difficiles à coordonner, que ce qui me reste à vous dire va ressembler fort à une table des matières. Je tiens, néanmoins, à ne pas trop écourter cette énumération, pour démontrer ce que j'avançais en prenant la parole, à savoir que votre sollicitude n'a pas oublié une seule région importante. Témoin ces interventions hardies à la racine des membres : *amputation dans la contiguïté du tronc*, exécutée par Monod (de Bordeaux), rapportée par Berger, dont vous connaissez le beau travail sur le même sujet ; *résection de l'extrémité supérieure du fémur pour une fracture du col non consolidée*, par Reynier ; *désarticulatiou de la hancho pour un sarcome périostique*, par Berger, qui met en lunière les progrès que cette opération a faits avec le procédé de Verneuil et les soins antiseptiques. Témoin encore les bons résul-

tats des opérations pratiquées sur le genou : *ostéoclasie des deux fémurs* pour genu-valgum (Nicaise); *ostéotomie dans le genu-valgum infantile*, par Phocas, avec des remarques de Kirmisson sur la supériorité de la section osseuse de Mac Ewen comparée à la rupture aveugle ; *résection du genou*, par Moty, par Championnière, avec présentation de malades qui marchent bien ; *arthrectomie du genou*, par Picqué, avec un résultat heureux, mais un peu paradoxal, étant donné qu'il s'agit d'un grattage incomplet ; présentation de malade et plaidoyer de votre secrétaire annuel en faveur de la même opération, mais modifiée, complète, radicale, très différente du curage articulaire de Volkmann, et menant à une solide ankylose, à un résultat fonctionnel parfait.

Les fractures de la rotule ne se laissent pas oublier. Je dois signaler un ingénieux procédé de Poncet, qu'il intitule : *ostéotomie avec glissement de la tubérosité antérieure du tibia dans les fractures anciennes ;* et surtout les communications de Chaput sur un cas de *rupture du tendon du triceps* et sur une *fracture ancienne de la rotule* suivie d'*ablation du fragment supérieur* et guérie avec un résultat fonctionnel excellent ; Richelot, rapporteur. D'après celui-ci, la suture des fragments n'est pas « le traitement » des fractures de la rotule, mais un traitement pour certaines d'entre elles. Championnière rompt une nouvelle lance en faveur de la suture dans tous les cas, et trouve comme adversaires Berger et Kirmisson. Le rapporteur estime que les appareils de contention, la plupart du temps, sont mauvais ; que les « petites fractures » peuvent très bien guérir par l'absence d'immobilité complète, la mobilisation précoce, le massage, l'électricité ; que la suture est applicable aux grands écarts primitifs, aux gros épanchements et aux larges déchirures fibreuses. Mais la discussion n'en reste pas là, et continue jusqu'à la fin de l'année sous la forme de malades présentés ou cités par Reclus, Schwartz, Monod, Quénu. C'est ainsi que les partisans absolus ou modérés de la suture font la propagande par le fait et montrent, en somme, des résultats qui font de cette opération une des meilleures acquisitions de la chirurgie contemporaine.

A propos d'une étude de Schmit et d'un rapport de Reynier *sur un cas de gangrène de la jambe consécutive à un érysipèle de la face*, plusieurs d'entre vous ont passé en revue les conditions pathogéniques des gangrènes infectieuses, la valeur et l'opportunité de l'intervention.

A propos d'une observation de Cerné (de Rouen) et d'un rapport de Quénu sur le traitement des ulcères de jambe par la *cure radicale des varices*, vous avez dûment établi la légitimité de l'intervention chirurgicale sur les jambes variqueuses, et noté la cica-

trisation rapide des ulcères, souvent leur guérison durable, par l'incision circonférentielle (Berger, Félizet), par la ligature des veines (Championnière, Schwartz, Reynier). Vous avez même, par une extension dont nos débats offrent de fréquents exemples, abordé la pathogénie des ulcères de jambe (Quénu, Félizet, Terrier, Verneuil, Kirmisson).

Aux extrémités se rattachent des communications intéressantes : *macrodactylie de la main gauche* (Kirmisson), *lipome de l'index* (Dubar), *synovite tuberculeuse* (Prengrueber), *arrachement sous-cutané des insertions des tendons extenseurs des doigts de la phalangette* (Schwartz), *résections ostéoplastiques du pied* (Michaux, Gellé, Phocas, rapport de Berger), *extirpations de l'astragale* pour une luxation incomplète de cet os (Picqué), pour un valgus pied plat (Championnière) ; pour le pied bot congénital ou consécutif à la paralysie infantile (Boursier) ; *utilisation du périoste dans la suture du tendon d'Achille, procédé de reculement de l'insertion*, idée ingénieuse de Felizet pour faciliter cette suture dans les cas où, le tendon étant coupé au ras du calcanéum, il n'y a pas à proprement parler de bout inférieur.

Il serait injuste d'oublier les trois observations de *névralgies sciatiques* sur lesquelles Charvot s'appuie pour rappeler la valeur, un peu méconnue aujourd'hui, de l'*élongation nerveuse ;* le cas de *filariose* présenté par Robert, et discuté par Moty, Reclus, Th. Anger ; enfin un *anévrysme inguinal énorme et enflammé*, heureusement opéré par Bazy, et dont je rapproche, sans tenir compte de la région, deux *anévrysmes artério-veineux* de la carotide interne (Dieu) et de la tibiale postérieure (Eugène Monod) ; enfin l'*anévrysme du tronc innominé* que Le Dentu a traité par la méthode de Brasdor.

Plusieurs questions générales vous ont encore occupés. Je n'oserais affirmer que la Société de chirurgie puisse tirer vanité d'une longue séance consacrée à une conversation un peu banale *sur le choix des fils à sutures ;* pardonnez-moi cette critique, c'est la seule que j'ai formulée jusqu'ici. Je parlerai encore moins des vains espoirs que nous avait donnés la *pyoktanine* pour le traitement des tumeurs malignes inopérables, et qui ont fait place à une complète désillusion. Mais toute autre est la valeur du *naphtol camphré* en injections interstitielles dans les adénopathies scrofulo-tuberculeuses, ainsi que paraissent le démontrer les observations de Reboul, corroborées par un fait personnel de Ch. Nélaton, son rapporteur. Je dirais aussi tout le bien que je pense de la *greffe par la méthode italienne modifiée*, si mon compte rendu ne se faisait démesurément long ; je me fonderais sur la réparation, par Guelliot (de Reims), d'une large ulcération du creux poplité,

et sur la guérison, par Berger, d'un ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure. Ce dernier fait me donne l'occasion de rendre hommage à l'habileté de notre correspondant A. Monteils (de Mende), qui, ne pouvant employer la méthode italienne, réussit dans un cas pareil par le dédoublement de la lèvre.

Mais c'est surtout à la *méthode sclérogène* du professeur Lannelongue que je voudrais consacrer quelques lignes, en remerciant son auteur de n'avoir pas laissé finir l'année sans faire en sorte que nos Bulletins en portent la trace. Il nous a présenté une enfant de trois ans, chez laquelle a été commencé, par la méthode nouvelle, le traitement de cette affection désespérante qui s'appelle *luxation congénitale de la hanche*. Le procédé consiste à déposer circulairement, autour de la cavité cotyloïde affectée, un certain nombre de gouttes de la solution de chlorure de zinc au dixième ; le but qu'on se propose est de constituer sur l'os iliaque une surface en rapport avec la tête fémorale et limitée par un rebord osseux saillant. L'enfant présentée n'est pas encore guérie, mais on trouve déjà, au-dessous de la crête iliaque, un bourrelet qui soulève les téguments ; et ce qui fait espérer que la fin sera heureuse, c'est que, par la méthode sclérogène, on obtient expérimentalement, sur le lapin, une production d'os nouveau dans d'assez fortes proportions.

Voilà pour la luxation congénitale. Mais ce qui vous avait jusqu'ici intéressés, c'était la guérison des lésions tuberculeuses, comme le prouvent les résultats encourageants montrés sur leurs malades par Reclus (tumeur fongueuse de l'avant-bras), Prengrueber (abcès froid costal), Charvot et Reynier (arthrites du genou). Lannelongue, à son tour, vous a présenté deux types différents d'ostéo-arthrites (genou et poignet) heureusement modifiées par le chlorure de zinc.

J'arrive au terme de mon discours, et j'ai réservé pour la fin la question avec laquelle vous avez clos vous-mêmes l'année 1891 : je veux parler de l'*anesthésie par la cocaïne*. C'est un sujet palpitant et qui, lui aussi, nous a donné de grands espoirs. Voyez l'ardeur avec laquelle Reclus défend l'objet de ses veilles, et déclare « qu'il serait désolé si ce merveilleux médicament, d'un usage si commode, exempt des ennuis que donne le chloroforme : lenteur de l'anesthésie, vomissements, etc., risquait d'être dépossédé de la faveur qu'il mérite ». Lorsque Berger est venu nous raconter l'histoire d'un malade empoisonné dans son service par une faible dose de cocaïne, Reclus a pris vigoureusement en main la défense de cet agent, refusé de mettre à son passif les cas malheureux où de fortes doses ont été employées sans prudence, proclamé qu'il avait donné le conseil de ne jamais dépasser

25 centigrammes, qu'il était descendu à 20, et que maintenant 10 à 12 lui suffisaient toujours pour exécuter, sans accidents ni alertes, des opérations étendues, longues et délicates. Outre la dose, il insiste beaucoup sur le titre de la solution, qui doit être faible, à 2 0/0. Berger ne se laisse pas facilement convaincre, il est encore sous le coup de sa déconvenue. Quénu, Schwartz, Reynier, Moty, moins intimidés, étudient avec Reclus la « dose maniable ». Pozzi rappelle que depuis longtemps il considère 5 centigrammes comme une limite extrême. Félizet, quoique saisi d'un « effroi rétrospectif » au récit des accidents, déclare qu'il a plus d'une fois dépassé, chez des enfants très jeunes, 5 centigrammes d'une solution au vingtième, et qu'il n'a jamais eu la moindre alerte. Championnière demande qu'on donne aux malheurs causés par les anesthésiques la plus grande publicité, afin que tous les médecins en connaissent les dangers et soient induits à les manier avec la plus extrême prudence ; au fond, il manque d'enthousiasme pour la cocaïne et n'en fait pas grand usage.

Il me semble, Messieurs, que cette question ne peut plus être posée aujourd'hui comme autrefois. Quelle était notre ambition, au début des recherches dont la cocaïne a été l'objet ? Posséder un agent anesthésique d'un maniement facile, mais aussi, mais surtout plus sûrement inoffensif que le chloroforme. Voilà le mirage qui nous a tous guidés ; et je ne m'avance pas trop en supposant que c'était là, pour Reclus comme pour nous tous, la question principale et le grand espoir. Or, maintenant, nous devons en rabattre, car les morts sont arrivées. Je sais bien qu'on nous cite un chiffre de 1,600 opérations sans aucun accident grave ; mais ce chiffre est encore bien faible. Quel est celui d'entre nous qui n'a pas la même série d'opérations avec le chloroforme, sans une alerte sérieuse ? Je sais bien que, sur le nombre des morts citées au passif de la cocaïne, Reclus fait des défalcations importantes et serre de près la discussion. C'est parfaitement légitime ; mais ne faut-il pas faire les mêmes distinctions en faveur du chloroforme ? Ce « médicament merveilleux », lui aussi, n'a-t-il pas été bien souvent manié avec imprudence et légèreté ? N'est-ce pas à l'inexpérience, au défaut d'attention, qu'il faut attribuer nombre de mécomptes ? N'y a-t-il pas un tact particulier, dont certaines personnes seront à jamais dépourvues, et qui réduit à un minimum presque insignifiant les chances d'insuccès ?

Je ne le nie pas, à côté des revers qu'on peut éviter, il y en a d'autres auxquels personne n'échappe à coup sûr. Rappelez-vous ce que disait Trélat à l'Académie : Quand on manie une substance ayant sur notre organisme un tel pouvoir, on joue avec le feu ; endormir un homme, c'est le mener au bord d'un précipice. Mais

si quelquefois la chute arrive fatalement, songez à tous ceux que le chloroforme a sauvés... » Et Trélat évoquait, dans ce langage imagé que vous lui avez connu, les milliers de malades qui doivent leur salut à l'anesthésie.

Eh bien! semblable aveu n'a-t-il pas été fait par Reclus au cours de la discussion sur la cocaïne ? « Si nous cherchons, dit-il, une sécurité parfaite, absolue, alors il faut renoncer à tous les alcaloïdes. » Ainsi donc, il est reconnu par Reclus lui-même qu'un agent capable de sidérer à ce point notre système nerveux ne peut être sans danger. C'est la force des choses qui le veut ainsi; l'anesthésie, par quelque substance qu'elle soit provoquée, met entre nos mains une puissance redoutable. Alors, que faut-il penser de la supériorité de la cocaïne et de l'enthousiasme des premiers jours ? Ses avantages paraissent de second ordre : c'est l'emploi d'une petite seringue au lieu d'une compresse, une économie de quelques minutes, l'absence des vomissements. Mais ces avantages sont compensés par un inconvénient majeur, auquel vous n'avez pas fait allusion, et que je vous demande la permission de rappeler : c'est l'absence de sommeil. Le grand mérite du chloroforme, après la suppression de la douleur, c'est, pour ainsi parler, la suppression du malade lui-même. Le malade est un profane qui ne doit pas assister à l'opération qu'on lui fait. Pour les petites interventions, panaris, lipomes, etc., c'est fort bien ; mais si j'apprends comme une curiosité intéressante, par les observations de Reclus, jusqu'où peut aller le chirurgien, quelles longues incisions il peut faire et quelle durée peut avoir l'anesthésie, je refuse, d'une façon générale, de le suivre dans cette voie, et de faire en présence du malade un anus iliaque ou une laparotomie. Je ne veux pas, sauf en des cas très particuliers, qu'une femme, si bien caché que soit pour elle le champ opératoire, voie autour d'elle les mouvements du chirurgien et de ses aides.

Il restera de votre discussion, si je ne me trompe, que la cocaïne est un agent précieux, le meilleur des anesthésiques locaux, très utile et très commode pour la petite chirurgie courante, mais qui, n'ayant pas l'avantage tant cherché d'une innocuité parfaite, ne peut revendiquer sa place que bien loin derrière le chloroforme.

Vous me pardonnerez, Messieurs, d'avoir pris parti dans cette courte revue ; je n'ai pas voulu laisser passer avec indifférence un de vos plus intéressants débats, auquel je n'avais pas pris part en séance de peur d'allonger mon procès-verbal. Vous me pardonnerez aussi d'avoir omis quelques présentations de malades, de pièces anatomiques, de pinces, d'aiguilles et d'instruments divers, quelques noms de collègues estimés ou de candidats très méri-

tants à nos places vacantes. Et vous serez indulgents pour le dernier effort d'un secrétaire qui s'est attaché sérieusement, pendant son année de servitude, à traduire de son mieux votre pensée, et qui, plein de reconnaissance, vous remercie de l'avoir cordialement aidé dans sa tâche.

ÉLOGE DE PHILIPPE RICORD

Par M. CH. MONOD

Secrétaire général.

Messieurs,

Ce n'est pas sans appréhension que j'aborde aujourd'hui la partie la plus difficile de la tâche qui incombe à votre secrétaire général. Lorsque je fus appelé par vos suffrages à ce poste d'honneur, j'étais tout à la satisfaction, légitime assurément, d'avoir été par vous jugé digne de l'occuper. L'obligation d'être assidu à vos séances et de prendre part à la direction de vos travaux ne m'effrayait pas; il ne fallait pour cela qu'un peu de zèle et de bonne volonté. J'oubliais volontiers que, l'année écoulée, vous attendriez de moi davantage ; que j'aurais, à l'exemple de mes prédécesseurs, ces maîtres dans l'art de bien dire, à rappeler dans cette enceinte le souvenir de ceux de nos collègues qui ne sont plus, et à les louer dignement. Combien d'entre vous eussent été mieux qualifiés pour une pareille entreprise! Vous en avez décidé autrement et je m'incline, me souvenant que si mon inexpérience est grande, votre indulgence ne l'est pas moins.

Aussi bien, par une sorte de bonne fortune, dirais-je, si le mot était ici de mise, Ricord, dont je vais essayer de retracer la vie et de rappeler les travaux, occupe-t-il dans l'histoire médicale contemporaine une place dont il serait difficile à l'écrivain le moins habile de diminuer l'importance.

Puissé-je réussir, du moins, à mettre en bonne lumière l'existence si mouvementée de notre collègue, si brillante à la fois et si féconde; à vous montrer cet homme, par certains côtés vraiment remarquable : arrivant à Paris dans sa vingtième année, presque sans ressources; franchissant à force de travail et d'intelligence les premières étapes de sa carrière; emportant de haute lutte la position qu'il ambitionnait dès sa jeunesse; gagnant par sa science, par sa pratique heureuse et, je puis bien le dire, par la grâce et le

charme de son commerce, un renom auquel bien peu parmi nous sont parvenus ; — mourant enfin chargé d'ans et de gloire, et laissant après lui une œuvre qui dans ses grandes lignes lui survit et semble, comme la vérité même, à l'épreuve du temps et de la critique.

Philippe Ricord naquit à Baltimore (Maryland, États-Unis), le 10 décembre 1800. Originaire de Grasse (Alpes-Maritimes), sa famille était depuis longtemps établie à Marseille, où son grand-père, médecin des hôpitaux de la ville, avait exercé avec succès la profession que devait illustrer son petit-fils. Le père de Ricord ne fut pas médecin ; il se voua au commerce et occupait un rang honorable parmi les armateurs de Marseille. Il serait sans doute resté dans cette ville sa vie durant, s'il n'avait été contraint d'émigrer. Ricord aimait à raconter les circonstances de la fuite de ses parents. On était sous la Terreur. Un soir, où Ricord père était allé au bal avec sa famille, on vint l'avertir qu'il était inscrit sur la liste des suspects et que son arrestation aurait lieu le lendemain matin, peut-être même dans la nuit. Son parti est vite pris. Il ne rentre pas dans sa maison, se dirige en toute hâte avec les siens, tous en habit de soirée, vers le port et monte dans une barque qui le conduit en rade rejoindre un bateau qu'il savait en partance. Le lendemain, au point du jour, il faisait voile pour l'Amérique.

Mme Ricord, mariée avant quinze ans, avait alors un fils et trois filles. Trois autres enfants naquirent en Amérique, une fille et deux fils. L'un de ceux-ci, né en 1798, était Alexandre Ricord, qui suivit aussi la carrière médicale et fut correspondant de notre Académie de médecine; l'autre était Philippe Ricord, notre collègue. Ces enfants, que deux années séparaient à peine, furent élevés ensemble sous la direction de leur frère aîné, de vingt ans plus âgé qu'eux, devenu, par la mort de leur père, le véritable chef de la famille.

Les réfugiés français étaient nombreux, à cette époque, aux États-Unis. La plupart étaient sans ressources. Un homme de bien, royaliste passionné, mais qui eut le mérite, rare à toute époque, de conformer sa conduite à ses convictions politiques, le baron Hyde de Neuville, était parvenu à se soustraire aux recherches de la police de Bonaparte et avait, lui aussi, gagné les États-Unis. Il eut l'idée de venir en aide à ses compagnons d'infortune, en leur procurant les moyens de donner quelque instruction à leurs enfants, et fonda à New-York, sous le nom d'*Economical school,* une école où les fils de réfugiés français étaient reçus à des conditions très modestes. Cette institution

eut un plein succès. Elle comptait en 1810 plus de deux cents élèves, parmi lesquels les deux jeunes Ricord.

Il ne paraît pas cependant que les deux frères aient longtemps profité de ce bienfait. Leur instruction primaire achevée, ils furent retirés de l'école. Il fallait vivre, gagner le pain de chaque jour, le leur, celui de leur mère veuve et de leurs sœurs. Le frère aîné, reçu docteur et exerçant sa profession avec activité, ne pouvait suffire à tout.

Philippe Ricord accepta, pour venir en aide aux siens, les positions les plus humbles. Il entra successivement chez un boulanger, où il fut préposé à la vente; dans un bazar, où il émerveilla son patron par la façon dont il sut « faire l'article »; enfin chez un pharmacien, dont il améliora la situation en apportant plus de soin à l'apparence extérieure des médicaments. Partout il faisait preuve de zèle, en même temps que d'ingéniosité et de bon goût. Partout aussi, l'estimant à sa valeur et désirant le conserver dans leurs maisons, ses patrons lui faisaient des propositions d'avenir. Il n'en accepta aucune; son ambition était autre. En s'engageant, il spécifiait toujours qu'il aurait ses soirées libres; il les consacrait, ainsi qu'une bonne partie de ses nuits, au travail. Il avait à cœur de compléter son instruction et de se mettre en état d'embrasser une profession libérale. Déjà sans doute il songeait à la médecine.

Il y préludait en s'occupant avec ardeur d'histoire naturelle, sous la direction de son frère aîné, J.-B. Ricord. Celui-ci, naturaliste distingué[1], n'hésitait pas, pour poursuivre ou compléter ses recherches, à faire aux États-Unis, au Canada, en Virginie, dans l'Archipel Colombien, de véritables voyages scientifiques. Lorsque ses jeunes frères furent en âge de l'aider, il les emmena avec lui. C'est dans une de ces excursions qu'ils firent la connaissance du célèbre naturaliste Lesueur[2].

Cette rencontre eut sur la fortune de Ricord une influence capitale.

Le baron Hyde de Neuville, que nous voyons apparaître pour la seconde fois dans la vie de Ricord, avait quitté les États-Unis en 1814, lors de la chute de Napoléon; il y revint en 1816, non plus comme réfugié politique, mais comme ministre de France. Il voulut profiter de la haute situation qu'il occupait en Amérique pour envoyer à Paris certains spécimens (oiseaux, reptiles et poissons) qui manquaient à notre Muséum. Il s'entendit à ce sujet

[1] J.-B. Ricord a publié, sous le titre de : *Histoire et recherches expérimentales sur les plantes vénéneuses des Antilles*, un ouvrage estimé.

[2] Lesueur venait de faire, de concert avec Pérou, un voyage scientifique aux terres australes sous la direction du capitaine Baudin et de L. de Freycinet (1800-1804).

avec Lesueur, qui accepta cette mission et pria les frères Ricord de l'aider à la remplir.

Lorsque la collection fut prête, Lesueur proposa à l'ambassadeur de France de confier aux deux jeunes Ricord, qu'il savait désireux de gagner Paris, le soin d'accompagner le précieux envoi. Hyde de Neuville saisit avec empressement cette occasion d'être utile à des compatriotes dont il connaissait la valeur. Il leur donna, en même temps que les fonds nécessaires au voyage, une recommandation pour Cuvier [1].

Ricord n'oublia jamais l'importance du service que lui avait rendu en cette circonstance son éminent protecteur. Bien des années plus tard, arrivé à la haute situation qu'il occupait à Paris, il recevait, dans son bel hôtel de la rue de Tournon, la visite du baron Hyde de Neuville. — « Que de magnificences ! mon cher ami, s'écria celui-ci, je me perds dans votre palais. — Comment cela se fait-il, répondit Ricord, c'est vous qui l'avez bâti. »

Ricord avait vingt ans lorsqu'il arriva à Paris. Les commencements furent pénibles. Les deux frères, sur la recommandation d'Hyde de Neuville, avaient été nommés conservateurs des collections qu'ils avaient apportées, mais les émoluments attachés à cette place ne suffisaient pas pour les faire vivre tous deux. Ph. Ricord, pour augmenter ses ressources, utilisa sa connaissance de l'anglais; il donna des leçons dans quelques pensionnats du quartier Latin, et traduisit pour le chevalier de Fercussac des ouvrages d'histoire naturelle.

Hyde de Neuville, de retour à Paris, touché de son infortune, lui proposa une place de voyageur naturaliste attaché à l'ambassade. C'était le pain assuré et une situation en rapport avec ses goûts. Il n'accepta pas cependant : il aurait été obligé de quitter Paris et de renoncer à la carrière médicale.

Devenir médecin, comme son grand-père, comme son frère aîné, demeurait le véritable objectif de Ricord. Un an avant son départ d'Amérique, il avait commencé, sous la direction du Dr Rousseau, des études en ce sens. Il voulait les continuer. Aussi suivit-il avec empressement le conseil de Cuvier, qui l'engageait à entrer au Val-de-Grâce dans le service de Broussais, alors en pleine gloire. Il n'y resta pas longtemps; trois semaines plus tard, il était

[1] Les archives du Muséum font en effet mention — ainsi qu'a bien voulu s'en assurer, à ma demande, mon excellent ami le Dr Fisher — d'un envoi, fait en 1820, par Hyde de Neuville, ambassadeur aux États-Unis, et Lesueur, naturaliste, de caisses d'animaux (oiseaux, reptiles, poissons) confiées aux soins des frères Ricord.

admis en qualité d'élève externe dans le service de Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu.

Ce fut pour Ricord une époque de travail acharné. Retenu par l'hôpital le matin, par ses leçons dans la journée, il ne lui restait que ses soirées et ses nuits pour le travail. Grâce à un savant entraînement, il arriva à raccourcir le temps qu'il passait dans son lit et put bientôt, sans compromettre sa santé, ne donner que cinq heures sur vingt-quatre au sommeil.

De tels efforts ne tardèrent pas à avoir leur récompense. Le 4 décembre 1822, Ricord était nommé, au concours, interne des hôpitaux, le douzième de sa promotion.

Il fut d'abord attaché au service de Dupuytren; mais après peu de temps il dut se retirer, voici à quelle occasion : Dupuytren venait d'inventer son entérotome pour la section de l'anus contre nature; il pria son interne de rechercher ce qui avait été fait à l'étranger sur ce sujet. Ricord n'eut pas de peine à établir que le Dr Physik, de Philadelphie, avait, en 1809, exécuté une opération analogue à celle dont le chirurgien français avait eu l'idée en 1813. Il avait inscrit ces mots en tête de son travail :

Amicus Plato, sed magis amica veritas.

Dupuytren ne lui sut aucun gré ni de sa découverte ni de sa franchise. Il eut avec lui une vive discussion, à la suite de laquelle Ricord quitta l'Hôtel-Dieu.

Il passa à la Pitié dans le service de Béclard, qui, peu après (1825), mourait et était remplacé par Lisfranc.

Le 5 juin 1826, Ricord soutenait sa thèse sur *Diverses propositions de chirurgie* et était reçu docteur en médecine. Ce titre ne lui suffisait pas. Il rêvait de concourir pour les hôpitaux et d'arriver, à son tour, à être compté parmi les maîtres. Mais aucune place n'était vacante, aucun concours n'était annoncé. Il dut en attendant, pour vivre, se résigner à s'éloigner de Paris.

Il s'installa à Olivet, près d'Orléans, où il mena, pendant un an, la rude vie de médecin campagnard. C'était là encore un souvenir de jeunesse qu'il aimait à rappeler dans ses vieux jours. Il faisait ses visites à cheval, monté sur une maigre et vieille haridelle, abandonnée par les cosaques lors de l'invasion; pauvre bête qui ne méritait pas assurément le nom de *Fend l'air*, que Ricord lui avait donné par ironie. La sage allure du coursier était au reste précieuse au cavalier, qui consacrait au travail les longues chevauchées à travers la campagne. Jamais il ne partait sans avoir dans les fontes de sa selle, avec quelques médicaments d'urgence, des livres ou ses notes d'étudiant qu'il consultait en route. Il savait

que, d'un jour à l'autre, il pouvait être rappelé à Paris par l'annonce d'un concours pour le Bureau central, et il se tenait prêt à affronter la lutte.

Ce jour tant désiré arrive enfin. Ricord abandonne aussitôt sa clientèle naissante et, après de brillantes épreuves, est nommé chirurgien du Bureau central.

Par malheur, le concours, pour je ne sais quel vice de forme, fût cassé. Un esprit moins bien trempé se serait abandonné au découragement. Ricord ne se laissa pas abattre. Rester à Paris, attendre l'ouverture d'un nouveau concours, il n'y pouvait songer. Il repartit donc, mais cette fois s'éloigna moins de la capitale c'est à Crouy-sur-Ourq, près de Meaux, qu'il planta sa tente.

Il y eut grand succès et laissa dans le pays un souvenir aujourd'hui encore vivant. Il avait, pour ne pas porter ombrage à ses confrères et pour se réserver plus de temps pour le travail, trouvé un moyen fort ingénieux. Il fit savoir qu'il ne verrait de malades qu'en consultation avec les médecins du pays. Ceux-ci étaient pour la plupart des officiers de santé, pour qui les conseils d'un homme de la valeur de Ricord étaient précieux. Ayant, d'autre part, la certitude qu'il ne ferait rien pour détourner leurs clients, ils n'hésitaient pas à s'adresser à lui. Cette combinaison avait pour Ricord cet avantage qu'en se donnant moins de peine il gagnait plus d'argent. Trois ans plus tard, lorsqu'il revint à Paris, appelé par l'annonce de l'ouverture d'un nouveau concours, il emportait avec lui dix mille francs d'économies.

Cette fois il fut bien et dûment nommé. Ce n'était pas un mince succès. Ricord n'avait passé ni par l'adjuvat ni par le prosectorat, étapes que devaient nécessairement franchir ceux qui aspiraient alors au titre de chirurgien des hôpitaux ; d'autre part, parmi ses concurrents on comptait des hommes tels que Laugier, Guersant fils, les Bérard, qui avaient en leur faveur, outre leurs mérites personnels, de puissants patronages.

Ricord touchait donc enfin au but ; mais le jeune chirurgien des hôpitaux restait pauvre, presque inconnu à Paris, et ne pouvait espérer un rapide succès de clientèle. Il ouvrit alors, à la Pitié, un cours particulier de médecine opératoire très suivi, qu'il continua pendant trois ans.

Il attendait ainsi le moment où, de chirurgien du Bureau central, il deviendrait chirurgien titulaire. L'attente menaçait d'être longue. Une circonstance heureuse le servit. La place de chirurgien de l'hôpital du Midi devint vacante ; l'administration exigea de celui qui la prendrait l'engagement de la conserver pendant cinq ans. Aucun des collègues de Ricord, auxquels l'ancienneté donnait

le droit de choisir, ne voulut accepter cette condition. Ricord, mieux avisé, n'hésita pas à s'y soumettre. On sait ce qui en résulta pour lui : ce prodigieux changement de fortune qui, en quelques années, fit du jeune docteur, toujours préoccupé de subvenir à ses moyens d'existence, le praticien le plus connu des deux mondes.

On a proposé de donner à l'hôpital du Midi le nom d'hôpital Ricord. Aucun changement de dénomination ne serait mieux justifié. Ricord passa au Midi trente ans, toute la période de sa vie active. Il y fit des leçons qui eurent un éclat et un retentissement inouïs, et sut s'y entourer d'une pléiade d'élèves qui allèrent vulgariser en France et à l'étranger les doctrines du maître. Plusieurs d'entre eux, devenus célèbres à leur tour, se glorifient d'appartenir à l'*Ecole du Midi,* qui prendrait justement, elle aussi, le nom d'*École Ricord.*

Aujourd'hui que les idées défendues par Ricord sont tombées dans le domaine public et devenues de connaissance vulgaire, il est difficile de se rendre exactement compte du chaos où se débattaient ceux qui, en 1830, s'occupaient de maladies vénériennes [1].

Les syphiligraphes se partageaient à cette époque entre deux écoles, soutenant des doctrines diamétralement opposées.

L'une, l'école ancienne, traditionnelle, admettait l'existence d'un virus syphilitique, dont l'introduction dans l'économie déterminait l'apparition d'accidents primitifs et consécutifs, locaux et constitutionnels, contre lesquels le médicament le plus sûr et le plus actif était le mercure. Ainsi formulée, la doctrine que défendaient les maîtres de cette école était simple et à l'abri de toute objection. Malheureusement les *identistes*, comme on les a appelés, avaient trop étendu le cadre du mal syphilitique vrai; ils *identifiaient* tous les accidents vénériens : chancres, bubons, plaques muqueuses, végétations, blennorragie, etc., les rapportant tous à la même et unique cause, la contamination par le virus syphilitique. Ils étaient ainsi amenés à administrer partout et toujours le mercure, s'exposant à discréditer, par l'abus même qu'ils en faisaient, un médicament d'une incontestable efficacité.

Bien différent était le langage de la seconde école, de l'école dite physiologique, celle de Broussais et de ses élèves. Pour elle, la syphilis était une affection d'ordre et d'origine purement inflammatoires; le prétendu virus vénérien n'existait pas, partant

[1] Voir, à ce sujet, les deux curieuses et intéressantes leçons faites, par le professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, peu après la mort de Ricord. (*Union médicale*, 1889, t. I, p. 709 et suiv.)

toute médication spécifique devenait absolument inutile. Le mercure était proscrit comme un médicament dangereux, véritable poison auquel on rapportait la plupart des accidents ultimes de la maladie.

Ricord n'eut pas de peine à triompher de ces derniers adversaires. Leurs théories étaient évidemment poussées à l'extrême et les arguments sur lesquels ils les appuyaient singulièrement fragiles.

Il n'en fut pas de même pour les *identistes*. Leur enseignement, qui se rattachait à des idées devenues classiques depuis Hunter, contenait une certaine part de vérité et était professé par des hommes tels que les Cullérier, l'oncle et le neveu; Lagneau et l'école de l'hôpital Saint-Louis, représentée par Cazenave, Devergie, Gibert. A ses côtés mêmes, à l'hôpital du Midi, Ricord devait trouver un contradicteur opiniâtre, Vidal (de Cassis), aigri par la maladie et par l'adversité, qui combattit son collègue avec un véritable acharnement.

De quelles forces disposait Ricord pour la lutte qu'il allait soutenir? Son bagage personnel était médiocre, pour ne pas dire nul. Il s'était, nous l'avons vu, jusqu'à son entrée à l'hôpital du Midi, occupé d'histoire naturelle, d'anatomie, de chirurgie, de médecine opératoire, mais jamais, d'une façon spéciale, d'affections vénériennes. Les données qu'il avait pu recueillir sur ce point, soit dans l'enseignement de ses maîtres, soit dans leurs livres, étaient plus qu'insuffisantes. Mais il avait pour lui un bon sens qu'aucune argutie ne pouvait troubler, une volonté ferme de ne reconnaître pour vrai que ce qu'il aurait observé par lui-même, et, par-dessus tout, un merveilleux instinct clinique qui l'aidait à marcher d'un pas sûr au milieu de toutes les difficultés du diagnostic.

J'ajoute qu'il put disposer, pendant un temps trop court malheureusement, d'un magnifique champ d'étude. En 1830, Lourcine n'existait pas; l'hôpital du Midi réunissait encore les vénériens des deux sexes et de tous les âges. Aucune des formes des maladies vénériennes ne pouvait donc échapper à sa patiente investigation.

Il se mit aussitôt à l'œuvre. Et tout d'abord il songea à améliorer les méthodes d'examen des malades. Faute d'instrument approprié, les affections profondes des organes génitaux de la femme étaient mal connues. Ricord modifia le spéculum, il en vulgarisa l'emploi, et montra quelles ressources peut offrir cet instrument convenablement manié « pour l'étude des maladies vénériennes et leur prophylaxie ». C'est le titre même d'un mémoire qu'il présenta à l'Académie de médecine en 1833.

Il fut aussi le premier à mettre en relief le profit que l'on pou-

vait tirer, pour la bonne observation des malades, de la méthode des inoculations, véritable méthode expérimentale dont les résultats sont incontestables.

Il sut enfin soumettre ses malades à un interrogatoire rigoureux, devinant leurs réticences, se défiant par-dessus tout de leurs affirmations. « Un malade se présente à vous, disait-il plaisamment à ses élèves : — Docteur, j'ai mal à la bouche. — Mal à la bouche... très bien, mon ami : eh bien ! montrez-moi l'anus. »

Peu à peu la clarté, née de l'étude impartiale des faits, se fit dans son esprit, et il commença son enseignement, cet enseignement célèbre dont le souvenir demeurera vivant dans la mémoire des nombreuses générations d'élèves qui se sont succédé à l'hôpital du Midi. En été, abandonnant l'amphithéâtre, devenu trop étroit, il réunissait ses auditeurs sous les tilleuls du jardin. Là, familièrement, comme un père entouré de ses enfants, pendant une heure, parfois plus, il causait. C'était en effet une causerie plutôt qu'une leçon, causerie aimable, sans pédanterie, d'une langue claire et imagée qui donnait aux faits un singulier relief, souvent égayée d'histoires recueillies à l'hôpital ou en ville, de jeux de mots, de saillies spirituelles tenant constamment l'attention en éveil.

Une vraie foule se pressait autour de lui, foule dans laquelle on comptait de nombreux étrangers attirés par sa réputation grandissante, et bien souvent des hommes du monde, que remplissaient d'aise les propos salés et les gauloiseries du docteur. Je n'ai pas besoin d'ajouter que sous cette forme plaisante se cachait le fond le plus solide. On en jugera par celles de ses leçons qui ont été publiées, et en particulier par ses *Leçons sur le chancre*, recueillies, il est vrai, par l'un de ses meilleurs élèves, devenu maître à son tour.

Sur tous les points alors en discussion, il savait prendre parti, appuyant son opinion par une argumentation serrée, qui ne paraissait donner prise à aucune critique.

Il n'arriva pas du premier coup, cela va sans dire, à une conception complète des maladies vénériennes. Tous les jours il s'instruisait lui-même et ne craignait pas de modifier une opinion déjà émise, lorsqu'un argument irréfutable venait lui en montrer la fausseté. Il eut occasion, plus tard, de donner publiquement, et dans une circonstance mémorable, cette preuve d'honnêteté scientifique.

Je ne saurais suivre notre collègue pas à pas dans cette longue lutte pour la découverte de la vérité; j'en rappellerai seulement les principales étapes : Séparation absolue de la blennorragie et

de la syphilis, — individualité propre de celle-ci, qui débute toujours par un chancre « exorde obligé de la syphilis », selon son expression favorite; — le chancre est toujours lui-même accompagné d'un bubon, son compagnon fidèle, « qui le suit comme l'ombre suit le corps. » C'est là l'accident primitif, auquel succèdent, dans un ordre régulier, les accidents secondaires, puis les tertiaires.

A la syphilis ainsi constituée s'applique seul le traitement par le mercure. Ricord formule le mode d'administration de ce médicament, qu'il réserve aux premières périodes de la maladie. Il montre que plus tard, pour combattre les accidents dits tertiaires, rien n'égale l'iodure de potassium, déjà préconisé par Wallace, donné suivant certaines règles qu'il indique.

C'est à lui aussi que l'on doit rapporter la découverte de la dualité du chancre : chancre *vrai* ou *infectant*, ne se reproduisant pas par inoculation sur le sujet qui en est porteur, mais toujours suivi d'infection constitutionnelle ; — chancre *mou*, *simple* ou *non infectant*, se reproduisant à l'infini par auto-inoculation, mais ne donnant jamais lieu qu'à des accidents locaux.

A vrai dire, il fut longtemps avant de formuler nettement cette distinction. Il avait bien écrit que le chancre simple était un « chancre sans vérole », mais il attendait encore pour le rejeter définitivement hors du cadre des accidents syphilitiques vrais. Ce fut un de ses élèves, Bassereau, qui, montrant que les deux formes d'ulcérations avaient des origines différentes, établit nettement qu'il y avait là deux lésions ou mieux deux affections, ayant chacune leur individualité propre. Ricord accueillit avec empressement cette doctrine, qui dérivait, du reste, directement de son enseignement. Bassereau a toujours rapporté à son maître l'honneur de sa découverte; il ne se considérait, suivant l'heureuse expression de M. Fournier, que comme le parrain du dualisme, dont Ricord demeurait le véritable fondateur, le père.

Cet épisode de la vie scientifique de Ricord montre avec quelle prudence il s'avançait dans les voies nouvelles que l'observation ouvrait devant lui, et comme il savait, ainsi qu'on l'a dit ailleurs, non sans une pointe de malice, suivre le progrès lorsqu'il n'avait pu se mettre à sa tête. Combien sont plus nombreux, et vraiment néfastes pour la science, ceux qui ferment volontairement les yeux à la lumière lorsqu'ils n'ont pas su la faire luire eux-mêmes !

Ce n'était pas seulement à l'hôpital, et par son enseignement quotidien au lit des malades ou à l'amphithéâtre, que Ricord répandait dans le public médical les idées qu'il défendait.

Je ne saurais citer les nombreux articles publiés par lui dans

divers journaux de médecine. C'est dans *l'Union médicale* que parurent, en 1850, ses fameuses *Lettres sur la syphilis*, qui eurent un immense retentissement. Sous la forme familière que permet le style épistolaire, Ricord résumait, comme en se jouant, ses idées sur l'évolution et le traitement des maladies vénériennes. Trois éditions successives de ces « Lettres » n'en épuisèrent pas le succès.

Bien auparavant, en 1838, il publiait son *Traité pratique des maladies vénériennes*, avec ce sous-titre : *Recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation appliquée à l'étude de ces maladies*. C'est dans cet ouvrage, devenu aujourd'hui une rareté bibliographique, qu'il exposait les importants résultats auxquels l'avait conduit la méthode expérimentale des inoculations.

L'année suivante paraissait la traduction du *Traité de la maladie vénérienne*, de Hunter, traduction faite avec le concours de Richelot père. Les nombreuses notes ajoutées par Ricord à l'ouvrage de Hunter en faisaient un livre d'actualité scientifique.

Son bel atlas, intitulé : *Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens*, complétait cette série de travaux didactiques, qui ne forment cependant qu'une partie de l'œuvre de Ricord.

Nommé, en 1850, membre de l'Académie de médecine, qu'il eut l'honneur de présider en 1868, Ricord trouva dans cette enceinte une tribune où sa parole, partie de plus haut que dans sa modeste chaire d'hôpital, devait retentir plus loin. Mais la tâche était aussi moins facile. Il n'avait plus là, devant lui, des élèves bienveillants, comme suspendus à ses lèvres, mais de redoutables adversaires, des maîtres, eux aussi, vieillis dans la lutte, orateurs habiles, tous unis pour le bon combat contre le novateur qui venait troubler d'antiques croyances.

La lecture des comptes rendus des séances ne peut donner qu'une faible idée des joutes oratoires dont la salle de la rue des Saint-Pères fut alors le théâtre. Les jours de grande discussion, ceux où Ricord devait être aux prises avec ses contradicteurs, étaient jours de fête. L'enceinte réservée au public devenait trop étroite. La ville, la cour même, où Ricord avait des admirateurs et, dit-on, des clients, s'y donnaient rendez-vous ; mais on y voyait surtout de nombreux confrères, partagés eux-mêmos en deux camps, et prenant, presque malgré eux, parti pour l'une ou l'autre des opinions en présence. Combien de fois quelque saillie ou quelque repartie heureuse ne fit-elle pas éclater des rires et des applaudissements, ou, au contraire, des murmures, que le président était impuissant à réprimer !

Ce fut dans une de ces séances mémorables que Ricord subit

une chute éclatante; de moins solides que lui ne s'en seraient pas relevés. Il s'agissait de *la contagiosité des accidents secondaires de la syphilis*. Trompé par ses inoculations faites sur des malades en puissance de vérole, et par conséquent réfractaires au virus, Ricord n'avait cessé de soutenir, en dépit de toutes les preuves cliniques, que les accidents secondaires n'étaient pas contagieux. Rien, jusque-là, n'avait pu le faire renoncer à cette doctrine.

Or il arriva, en 1859, que l'Académie fut elle-même appelée à se prononcer sur ce point. Le ministre lui demanda son avis sur la question suivante : « Le nourrisson peut-il, en période secondaire, infecter sa nourrice, et *vice versa?* »

Une commission fut nommée pour élaborer la réponse à faire. Gibert en faisait partie et fut chargé du rapport. Dans un langage excellent, après une suite d'arguments irréfutables, il finit par conclure à la contagiosité des accidents secondaires. La lecture du rapport achevée, un grand silence se fait dans l'assemblée; tous les regards se tournent vers celui que les paroles de Gibert ont dû toucher profondément. Parlera-t-il et quelle sera sa réponse? Ricord n'hésite pas : il se lève, gagne lentement la tribune, et en quelques mots, qui ne sont pas sans grandeur, se déclare enfin convaincu, confesse qu'il s'est trompé et, devant l'évidence, renie ses convictions de vingt ans.

Un des nombreux biographes de Ricord raconte que, le jour où il soutenait sa thèse de doctorat à la Faculté, il fut argumenté par Richerand, qui lui reprochait d'avoir trop chaudement défendu certaines doctrines, reconnues plus tard fausses, de son maître Lisfranc. Richerand ajoutait : « J'ai commencé ma carrière chirurgicale, comme vous, environné d'obstacles; comme vous, j'avais commis des erreurs, mais je les ai corrigées plus tard. » « Je m'estimerai heureux, répondit Ricord, si je parviens à vous imiter, et si un jour je reconnais mes erreurs, je promets de faire tous mes efforts pour m'en corriger. » Trente ans plus tard, le vétéran des luttes d'École et d'Académie tenait la promesse que le jeune docteur avait faite à son maître.

J'ai dit que la chute fut retentissante. Telle fut en effet l'impression du moment. Mais aujourd'hui que ces temps sont loin de nous, on oublie volontiers cette erreur de Ricord qui ne compromettait pas, en somme, l'ensemble de sa doctrine. On se souvient plus volontiers de quelles armes ses adversaires avaient usé pour remporter la victoire. Gibert, pour établir la contagiosité des accidents secondaires, n'avait pas hésité à communiquer la syphilis à des individus sains en leur inoculant la sécrétion d'une plaque muqueuse.

L'argument était sans réplique, mais le procédé employé pour

l'établir, contraire à la morale la plus élémentaire. Ricord s'était toujours refusé à se servir de pareils moyens. Ses inoculations n'avaient jamais porté que sur des individus malades.

Ce fut aussi à l'Académie que Ricord prononça ses fameux discours sur, ou mieux, contre la syphilisation. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les longues recherches entreprises par Auzias Turenne pour établir que l'inoculation du virus vénérien peut rendre un individu réfractaire à la syphilis, ou le guérir s'il est déjà infecté, syphilisation préventive dans le premier cas, curative dans le second.

Quel que soit l'avenir que la doctrine de l'atténuation des virus, entrevue par Auzias Turenne, devenue depuis les travaux de Pasteur une réalité scientifique, réserve à des tentatives de ce genre, il n'est pas douteux que Ricord rendit service à la science et à l'humanité en s'élevant avec force contre les dangereuses pratiques de l'inventeur de la syphilisation.

Il n'eut pas de peine à montrer que la syphilisation préventive, alors même qu'elle donnerait le résultat qu'on en pouvait attendre, était une monstruosité morale. Auzias Turenne ne tarda pas lui-même à abandonner ce singulier mode de prophylaxie de la syphilis.

Restait la syphilisation curative. Mal accueillie en France, elle trouva à l'étranger d'ardents défenseurs. Sperino en Italie, Bœck à Christiania, pour ne citer que les principaux, la pratiquèrent sur une large échelle. Sperino alla jusqu'à faire au même individu soixante et même quatre-vingts inoculations dans une seule séance, et, des relevés de Bœck, il ressort que le nombre de chancres inoculés par lui à chacun de ses malades a été, en moyenne, de 345 ; chez beaucoup, ce chiffre s'est élevé au delà de 700. Or, malgré cette abondante « irrigation chancreuse », — l'expression est de Ricord, — la syphilis, dans la plupart des cas, poursuivait son cours.

Eût-on d'ailleurs obtenu quelques résultats favorables, à quel prix n'eussent-ils pas été achetés ? N'était-ce rien que d'imposer à un malade cette succession d'ulcères, dont plusieurs devenaient phagédéniques et pouvaient être l'origine de complications graves ?

Bien plus, en ces temps où la distinction du chancre simple et du chancre infectant n'était pas solidement établie, il pouvait arriver, et il arriva, que l'inoculation hâtivement appliquée à des malades atteints d'ulcération de nature douteuse leur communiquait une infection dont ils seraient, sans ce remède intempestif, demeurés exempts.

Il n'y avait rien à répondre à une pareille argumentation. Aussi,

au Congrès international de 1867, lorsque la question revint en discussion, Auzias Turenne resta-t-il à peu près seul à défendre sa pratique.

Sur un point cependant, Ricord, à son insu, fut injuste envers son adversaire. Il lui reprocha, à diverses reprises, et non sans une certaine âpreté, de n'avoir pas voulu expérimenter sur lui-même la méthode qu'il préconisait. Telle était en effet la croyance générale, Auzias n'ayant jamais consenti à faire savoir, de son vivant, s'il s'était ou non inoculé. Il refusait de porter le débat sur ce terrain, ne voulant pas, disait-il, laisser transformer une discussion scientifique en question personnelle. Or, à l'examen que l'on fit de son corps après sa mort, et qu'il avait imposé à ses héritiers, on constata la trace certaine d'inoculations anciennes. Il était, comme il l'écrivait dans son testament, le plus ancien syphilisé du monde. Pendant vingt ans, il avait supporté avec courage, et en silence, les railleries et les sarcasmes de ses contradicteurs, croyant par là mieux servir la cause à laquelle il se dévouait tout entier.

Ricord ne fut pas seulement un maître en syphiligraphie. Il était aussi chirurgien et tenait à le rappeler. Peu de temps après son entrée à l'hôpital du Midi, il avait pris part à un concours pour l'agrégation de chirurgie (1832). Il ne fut pas nommé et ne se représenta pas. L'hôpital lui restait. Ses salles renfermaient toujours, à côté des vénériens, nombre de malades atteints de lésions chirurgicales diverses, mais intéressant, pour la plupart, les organes génito-urinaires. Il sut appliquer au traitement de ces affections ses qualités de chirurgien et d'opérateur habile. Certains de ses procédés sont devenus classiques.

Je rappellerai ceux qu'il inventa pour la cure du varicocèle, et qu'il étendit au traitement des varices des membres inférieurs ; ceux pour l'opération du phimosis, pour l'amputation de la verge, avec suture disposée de telle sorte que l'on évite à coup sûr l'oblitération de l'urètre; pour la castration, pour l'uréthroplastie par transplantation d'un lambeau du scrotum, et d'autres moins importants.

Dans un relevé de ses publications fait par lui-même je compte jusqu'à vingt-trois mémoires exclusivement consacrés à la chirurgie, témoignage de sa ferme volonté de ne pas se laisser absorber tout entier par la spécialité à laquelle il consacrait cependant le meilleur de son temps.

Nommé membre de notre Société en 1844, il cessa bientôt d'être assidu à nos séances. Il n'en continua pas moins à s'intéresser à nos travaux et y prenait même une part active, lorsque venaient à l'ordre du jour des sujets qui lui étaient familiers. Il reparut notamment à plusieurs reprises parmi nous, en 1855, lors de la

discussion du rapport de Broca sur la contagiosité des accidents secondaires, de celui de Cullerier sur l'unicité du virus syphilitique, et de la communication de Bonnet (de Lyon) sur le traitement des rétrécissements de l'urètre. Le prix qu'il a fondé, à l'exemple de ses généreux prédécesseurs, et dont il nous a confié la distribution, est une dernière marque du bon souvenir qu'il conservait de la Société, dont il avait été l'un des premiers membres actifs. Le peu de loisir que lui laissait sa clientèle incessamment croissante l'avait seul éloigné de nous.

En effet, dès qu'il eut pris possession de l'hôpital du Midi et commencé à frapper l'attention par ses leçons et ses premiers travaux, les malades affluèrent. Il dut bientôt quitter sa modeste installation de la rue de Seine, puis celle de la rue de Vaugirard, pour l'hôtel de la rue de Tournon, bien connu des Parisiens, où il a terminé ses jours.

On a souvent décrit les merveilles de ses salons de réception, peuplés d'objets précieux et d'œuvres d'art. Les clients y étaient répartis suivant leurs conditions et suivant leurs sexes, de façon à ménager toutes les susceptibilités, car on ne se vantait pas volontiers d'avoir pris le chemin de la rue de Tournon.

La consultation de Ricord commençait tard et se prolongeait toujours fort avant dans la nuit. La tâche était rude. On raconte qu'il savait parfois s'y soustraire. Sortant par une porte dérobée, il allait faire une rapide apparition soit dans quelque fête mondaine où il tenait à se montrer, soit dans un théâtre où se donnait une représentation importante. Au bout d'une heure il rentrait chez lui et reprenait place dans son cabinet.

Homme du monde, causeur charmant, fin et spirituel, il jouissait manifestement de son succès. Ne l'avons-nous pas vu, l'année même de sa mort, se transporter à l'Hôtel de Ville, à un grand bal donné en l'honneur des étudiants, et là, succombant presque à la fatigue, mais plein de vie cependant et le regard joyeux, remerciant d'un signe de tête la foule qui l'entourait et l'acclamait. Ce fut un de ses derniers triomphes.

Vers la fin de sa carrière, Ricord n'était plus que l'ombre de lui-même. Qui de nous eût reconnu le brillant praticien d'autrefois dans ce vieillard affaibli, qui ne pouvait faire un pas sans aide? « Je me porte bien, disait-il, ce sont mes jambes qui me portent mal. » Mais s'approchait-on de lui, lui adressait-on la parole, quel changement! l'œil brillait, un bon sourire se dessinait sur ses lèvres, et dans une de ces longues causeries dont il avait le secret, on le retrouvait tout entier.

C'est à cette époque de sa vie que je l'ai connu. A la suite d'une

opération faite chez un ami commun, il avait manifesté le désir de voir le fils de son ancien camarade d'internat. Je reçus de lui le plus aimable et le plus gracieux accueil. M'entretenant de mon père, du bon souvenir qu'il en avait conservé, il fut entraîné à me faire de ses débuts dans la vie un récit vivant, qui ne s'est pas effacé de ma mémoire. J'y ai emprunté bien des faits reproduits dans cette notice.

De Ricord plus jeune, je serais embarrassé de vous tracer un portrait ressemblant. Un de ses contemporains l'a dépeint en quelques lignes que je me contenterai de reproduire :

« Sous des cheveux châtains, souples, soyeux, fins et luisants, mettez un front un peu bas, mais droit et ferme ; des yeux bleu pâles, saillants, très fins et bien vivants ; un nez légèrement empâté, une bouche grande, bien garnie ; deux lèvres épaisses, sensuelles et mobiles ; animez le tout par la physionomie la plus intelligente et la plus bienveillante, et vous aurez le portrait de Ricord dans la force de l'âge. »

Ceux qui ont approché notre collègue dans la période active de sa vie diront si la description est exacte. Elle doit l'être, si par un trait il est permis de juger de l'ensemble. L'expression bienveillante que l'auteur signale chez Ricord dans ses plus belles années demeura jusque dans la vieillesse un caractère distinctif de cette aimable physionomie. Ricord était bon. Si, dans la lutte, ses ripostes n'étaient pas toujours sans malice, jamais elles ne furent méchantes. Il savait même, à l'occasion, pratiquer l'oubli des injures. Je tiens d'un de ses élèves que le jour où l'on vint, à l'hôpital, lui annoncer que Vidal (de Cassis) était mort, il ne put dominer son émotion ; ses yeux se mouillèrent de larmes. Il oubliait les attaques dont son collègue l'avait abreuvé ; il songeait au confrère malheureux, aux longues et cruelles souffrances qui l'avaient conduit à la tombe. Sans doute aussi il regrettait de n'avoir pu, au moment suprême, lui tendre une main fraternelle.

Bon envers ses ennemis, il le fut, ai-je besoin de le dire, avec ses amis, au premier rang desquels il plaçait ses élèves. Il les aimait et se faisait aimer d'eux. Tous, jusqu'à la fin, l'entourèrent d'une affection vraie, dont il recevait avec joie les multiples témoignages.

Il fut bon aussi et charitable envers ses malades, à l'hôpital : ses *enfants gâtés*, comme il les appelait. Son dévouement pour eux alla un jour presque jusqu'à l'héroïsme. Vous connaissez tous l'histoire de ce malheureux, atteint de laryngite syphilitique, trachéotomisé, mais asphyxiant néanmoins, qu'il arracha à la mort en pratiquant la respiration artificielle par insufflation directe. « La manœuvre, répétée quinze à vingt fois », écrit un témoin oculaire,

« rendit la vie à un cadavre, que nous vîmes renaître aux applaudissements de nombreux assistants. M. Ricord, la figure ensanglantée, la bouche pleine de pus, ne songea à se laver que lorsque l'opéré fut hors de danger. »

Tous les ans, à la Saint-Philippe, élèves, malades, employés du service se réunissaient pour offrir à Ricord un bouquet; le plus disert y joignait un petit discours, auquel le maître répondait avec bonhomie. Vraie fête de famille à laquelle les anciens élèves de l'hôpital du Midi aimaient à venir prendre part.

La générosité de Ricord, comme sa bonté, était sans bornes. Combien d'infortunes n'a-t-il pas soulagées! mais combien aussi de sommes petites ou grandes arrachées à sa charité par des indignes! Pas de chétif rimeur, pas de petit homme de lettres qui ne prît, quand il se voyait dans la gêne, le chemin de la rue de Tournon. A l'hôpital, sa bourse était toujours ouverte. Les gamins du quartier connaissaient le moyen d'y puiser. Ils se glissaient à la consultation du bon docteur, pleurant pour une bosse ou quelque méchante écorchure. Une petite pièce les consolait vite. A ceux qui les voulaient repousser : « Laissez venir à moi les petits enfants », disait Ricord, content de son bon mot, plus content encore d'avoir fait un heureux.

Ricord dépensait sans compter, pour lui comme pour les autres. Il aimait la vie large, et menait habituellement grand train. Outre son hôtel de la rue de Tournon, il eut de bonne heure de belles résidences à la campagne : d'abord à Morsang-sur-Orge, où il acheta un château qui avait autrefois appartenu à Chomel; puis au Chesnay, près Versailles, propriété superbe, embellie encore par ses soins; il y avait installé à grands frais une magnifique culture d'ananas qui fut, au reste, pendant un temps, de bon rapport. Il se fit construire enfin à Deauville, sur le bord de la mer, une belle villa, où il ne passait que quelques semaines, y transportant tout son personnel, ses chevaux et ses voitures. Partout il tenait maison ouverte, sachant mal se débarrasser des importuns, ou de ceux qui abusaient de sa trop large hospitalité.

Une telle vie n'allait pas sans de grandes dépenses. Aussi, bien que ses gains aient été considérables, connut-il parfois de véritables embarras financiers, dont il se tira toujours à son honneur.

On a dit de Ricord qu'il était l'homme le plus décoré de France. Il aurait pu en effet orner sa poitrine de presque tous les ordres connus, dont princes et rois lui avaient envoyé les insignes. Il s'amusait à dire, dans l'intimité, qu'il n'aurait dû porter que l'ordre de la couronne du chêne!... je vous laisse en deviner la raison. En fait, de toutes ces décorations, il n'en estimait qu'une seule, celle de la Légion d'honneur. Il en avait obtenu les divers grades. Le

dernier, celui de grand officier, lui fut accordé en 1871, après le siège de Paris. Il n'avait pas hésité, pendant l'année terrible, malgré ses soixante et dix ans bien sonnés, à occuper le poste de chirurgien en chef des ambulances de la Presse. Il ne se borna pas à organiser le service, mais prit une part active à l'œuvre. Il courut même, un jour, de sérieux dangers en donnant ses soins à des blessés dans un lieu exposé au feu de l'ennemi. A un officier qui lui conseillait de se retirer : « Laissez donc! dit-il; les Prussiens savent bien que je ne reçois pas ici. »

Cette esquisse de ce que fut Ricord ne serait pas complète, si je ne parlais de son esprit. Les bons mots de Ricord ! ah !... messieurs, ils sont légion. Qui de vous n'en a entendu citer quelques-uns? Il en fit jusque sur son lit de mort. A l'un de ses médecins, qui s'approchait de lui un matin et le complimentait sur sa bonne mine : « Ah ! mon cher, répliqua-t-il, vous ne prendriez pas beaucoup d'actions de cette *mine*-là. » C'est à l'hôpital surtout que sa verve se donnait libre carrière. Il ne savait pas résister au plaisir d'amuser ses interlocuteurs par ces heureuses saillies qui lui venaient aux lèvres comme malgré lui. Vous me pardonnerez de ne pas reproduire ici ces traits d'esprit qui, s'ils font partie de la physionomie de Ricord, n'ajoutent rien à sa gloire. J'ai même entendu un de ses admirateurs regretter qu'il eût trop plaisanté sur les misères qu'il savait si bien soulager; d'avoir mis à la mode, dirais-je, une syphilis un peu trop égrillarde, au gré de ceux qui y voient une des plus tristes plaies qui désolent l'humanité. Le reproche n'est pas bien grave, mais peut-être pas sans fondement.

Ricord s'est trouvé souvent, je l'ai montré, en face d'adversaires ardents. Il n'avait pas d'ennemis. Comme tous les hommes en vue, il n'a cependant pas échappé à la critique. Séduit par les beaux côtés de mon modèle, ne l'ai-je pas trop oublié? N'ai-je pas trop versé vers la louange? N'y a-t-il vraiment, me dira-t-on, aucune ombre dans cette longue vie? Enfant gâté de la fortune, entouré de tout un peuple d'admirateurs, Ricord ne s'est-il jamais exagéré ses mérites? N'a-t-il pas pris trop de souci de sa renommée, et parfois été au-devant d'elle au lieu d'en attendre le paisible avènement? L'homme était-il toujours chez lui à la hauteur du praticien et du savant? Dans les progrès mêmes qu'il a fait faire à la science, ne convient-il pas d'attribuer une juste part à ses élèves : aux Diday, aux Bassereau, aux Rollet, aux Fournier, pour ne citer que les plus célèbres?

Laissons, messieurs, à ceux qui posent ces questions le soin d'y répondre. Pour moi, et dans la circonstance qui nous réunit, je

n'ai voulu voir, en notre regretté collègue, que le maître éminent, le médecin attentif et bon, le brillant esprit, l'homme généreux et charitable, le travailleur obstiné qui ne s'est reposé que dans la tombe. Ce n'est pas vous qui me le reprocherez.

Ricord quitta l'hôpital du Midi le 1er octobre 1860, trois mois avant d'être atteint par la limite d'âge. Il avait mis une certaine coquetterie à donner sa démission en pleine activité, ne voulant pas se laisser mettre à la retraite.

Au reste, bien que touchant à sa soixante et unième année, il conservait presque les allures et l'apparence de la jeunesse. Il portait bien son âge. Peu de temps auparavant, il était à Londres, et visitait le Collège royal des chirurgiens, où il recevait le meilleur accueil. « Approchez, monsieur Ricord, lui dit Sir Charles Laurence, au nom de ses collègues, nous sommes heureux de saluer le fils de celui dont nous admirons les beaux travaux et que l'Angleterre se plaît à placer à côté de son grand Hunter. » — « Je vous remercie, repartit Ricord, des compliments que vous voulez bien adresser à mon père ; mais mon père, c'est moi ! »

L'hôpital lui manquant, Ricord put se donner complètement à la clientèle. Jamais sa vogue ne fut plus grande. Déjà médecin du prince Napoléon, il fut, en 1869, nommé médecin consultant de l'Empereur. C'est à ce titre qu'en juillet 1870, peu avant la déclaration de guerre, il prit part avec Corvisart, Fauvel, Nélaton et le professeur Germain Sée à la consultation célèbre provoquée par M. Sée, qui affirmait que Napoléon III avait la pierre. Ricord partageait le sentiment de son collègue. Ils ne purent malheureusement obtenir un examen immédiat, qui eut sans doute modifié la marche des événements qui se préparaient.

Jusqu'à la fin, Ricord fut sur la brèche. Bien souvent, dans les dernières années de sa vie, on le rencontrait parcourant les rues de Paris, dans son coupé à deux chevaux, conduits par le cocher légendaire au chapeau galonné. Mais il attendait plutôt chez lui les clients, toujours nombreux, qu'attirait encore la renommée du célèbre praticien. Je ne résiste pas au plaisir de transcrire ici le charmant tableau qu'a donné du vieux maître, dans son cabinet de consultation, un de nos confrères, expert dans l'art de tracer les profils des médecins du jour :

« Frileusement assis près de la cheminée, dans un fauteuil empire à cuivres, qui tient du trône et de la chaise curule, une main s'appuyant à la table, l'autre main frictionnant un genou, Ricord accueille le visiteur avec le plus charmant sourire, en s'excusant de ne point se lever. Puis il écoute, les paupières mi-closes, les lèvres entr'ouvertes, les cheveux frisés et grisonnants sous la

calotte de soie noire ; sa pâle et grasse figure glabre s'immobilise, inclinée en avant ; son triple menton rabelaisien s'écrase un peu sur sa cravate jusqu'à venir toucher la rouge rosette de sa boutonnière ; et il a l'air, ainsi, d'un vieux silène qui va dormir. Mais ne vous y trompez pas : il n'a pas perdu la moindre de vos paroles, vous interroge avec la plus parfaite lucidité, et relève de temps en temps les paupières pour vous scruter très finement ; puis il parle, évitant les gestes à ses membres rhumatisants, émaillant son discours de ses plus goguenardes plaisanteries sur la trop charmante déesse dont il a tant de fois conjuré les traîtrises ; après quoi il vous congédie du même sourire inoubliable. »

Ricord ne s'est pas marié, et ses derniers jours se seraient passés dans l'isolement, s'il n'avait eu auprès de lui sa nièce et ses petits-neveux, qui l'entouraient de soins et de tendresse. Il vivait heureux dans cette paisible atmosphère, et s'il songeait à la mort, il ne s'en faisait pas un épouvantail. Il avait demandé à son vieil ami Batta, le violoncelliste bien connu, de qui je tiens ce détail, de lui faire entendre, à ses derniers moments, les *Adieux de Marie Stuart* de Niedermeyer, un de ses morceaux préférés. Ce dernier souhait ne fut pas exaucé. Il se souvint cependant qu'il l'avait formulé. La nuit même de sa mort, ayant déjà perdu l'usage de la parole, et semblant sans connaissance, on le vit promener les doigts en cadence sur ses draps, et répéter le mouvement à plusieurs reprises, comme impatient de n'être pas compris. Les médecins qui le veillaient n'eurent que plus tard l'explication de ce geste, avec le regret de n'en avoir pas saisi la signification.

Depuis longtemps sa sépulture au Père-Lachaise était prête ; il en avait donné lui-même le plan. Il avait aussi par avance composé son épitaphe. Il a bien souvent récité à ses amis ce morceau, dont il n'était pas mécontent :

Aux portes de l'Éternité,
Quand j'aurai fini ma carrière,
S'il me reste un peu de poussière
De cette triste humanité,
Que le tombeau seul s'en empare ;
Que de mon âme se sépare
Cette cause de mes douleurs ;
Car l'âme pure et sans matière
Doit être un rayon de lumière
Que ne troubleront plus les pleurs.

Beaucoup s'étonneront de trouver de telles pensées sous la plume de Ricord. L'éternel rieur savait-il donc lui aussi regarder

au delà de ce monde? Était-il de ceux, toujours plus rares, qui estiment que tout ne finit pas avec la tombe, qu'il est en nous quelque parcelle « pure et sans matière » qui ne meurt pas avec le corps? Ne serait-ce pas là le secret de cette fin si calme, attendue sans crainte, qui fut comme « le soir d'un beau jour »?

La dernière maladie de Ricord fut courte. Déjà un peu souffrant, il crut devoir venir à Paris pour voter, aux élections générales d'octobre 1889. Il prit froid, dut s'aliter quelques jours plus tard et ne se releva pas.

Une foule immense se pressa à ses funérailles. Beaucoup voulaient, en y assistant, rendre un dernier hommage au médecin illustre dont, pendant près d'un demi-siècle, le nom avait été dans toutes les bouches. D'autres, plus nombreux : amis, élèves, malades, pleuraient « le bon Ricord », le maître aimé, le docteur compatissant, dont la devise avait été : *Ægrotantis animam reconfortare conor.*

Prix décernés pour l'année 1891.

Prix Duval. — Le prix n'est pas décerné, la seule thèse envoyée n'ayant pas été jugée digne de récompense.

Prix Laborie. — Le prix n'est pas décerné, aucun mémoire n'ayant été envoyé pour concourir à ce prix.

Prix Gerdy. — *De la cure radicale des hernies ombilicales.*
Aucun mémoire n'ayant été adressé, le même sujet est remis au concours pour 1893.

Prix Demarquay. — *Du traitement chirurgical des calculs biliaires.*
Le prix est décerné à M. le Dr Sieur, médecin-major de 2e classe à l'École du service de santé militaire de Lyon.

Prix à décerner en 1892.

Prix Duval. — *A l'auteur* (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) *de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année* 1892.

N. B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1891, la somme à distribuer en 1892 sera de 600 francs.

Prix Laborie. — *A l'auteur anonyme d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie* adressé à la Société avant le 1er novembre 1892.

N. B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1891, la somme à distribuer en 1892 sera de 2,400 francs.

Prix à décerner en 1893.

Prix Duval (300 fr.). — Voir ci-dessus les conditions du concours.

Prix Laborie (1,200 fr.). — Voir ci-dessus les conditions du concours.

Prix Gerdy (2,000 fr.). — Question : *De la cure radicale des hernies ombilicales.*

N. B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1891, la somme à distribuer pour 1893 sera de 4,000 francs.

Prix Demarquay (700 fr.). — Question : *Des opérations pratiquées par la voie sacrée; indications; résultats; manuel opératoire.*

Prix Ricord (300 fr.). — A l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1892 et 1893, ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Pour les autres conditions de ces concours, voir le premier fascicule des *Bulletins de la Société de chirurgie* de l'année courante.

Le Secrétaire général,
Ch. Monod.

Séance du 7 janvier 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Deux observations de M. Delagenière : *Angiome caverneux de l'avant-bras, extirpation, guérison; — Kyste dermoïde du plancher buccal, extirpation par la voie sus-hyoïdienne, guérison.*

M. Chauvel. Depuis notre dernière réunion, la Société a perdu un de ses membres honoraires, M. le professeur Richet; ses obsèques ont eu lieu le lundi 4 janvier. Membre titulaire de la Société en 1852, notre collègue avait obtenu l'honorariat le 4 décembre 1867. Depuis cette époque, depuis plus de vingt ans, M. Richet avait cessé d'assister à nos réunions et de prendre part à nos travaux. M. Richet ayant été président de la Société pendant l'année 1864, je vous propose, conformément à la tradition, de lever la séance en signe de deuil.

La séance est levée à 4 heures et quart.

La Société se forme en comité secret pour entendre les rapports de M. Pozzi sur les titres des candidats aux places de correspondants étrangers et de M. Routier à celles de correspondants nationaux.

Séance du 13 janvier 1892

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Lettres de MM. Bazy, Horteloup, Gérard-Marchant, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

2° Lettre de M. Tuffier demandant à être inscrit au nombre des candidats au titre de membre titulaire ;

3° Richard-Wiseman, *A biographic study*, par M. Longmore, membre-associé.

Suite de la discussion sur les accidents provoqués par les injections de cocaïne.

M. Berger. Je ne puis faire autrement, quoique la discussion sur les accidents provoqués par l'emploi de la cocaïne pour obtenir l'a-

nesthésie locale soit close, que de vous communiquer une lettre que je viens de recevoir de M. le professeur Germain Sée. Dans cette lettre, l'éminent professeur rappelle qu'il a publié l'année dernière dans la *Médecine moderne* deux articles complets sur la cocaïne et ses dangers. Ces articles rapportent deux statistiques, une de 96 cas dont 10 mortels, l'autre de 170 faits avec 11 cas de mort; cela constitue un recueil important de faits dont personne, à la Société de chirurgie, ne paraît avoir eu connaissance. En communiquant ces documents qui prouvent une fois de plus que la cocaïne est le poison le plus dangereux, M. Sée s'élève avec sa haute autorité contre l'emploi de cette substance non seulement dans la pratique de l'anesthésie locale, mais dans la médication interne.

Depuis la dernière séance également, j'ai reçu d'un de mes confrères de l'armée qui désire que je taise son nom, la relation d'un fait des plus intéressants d'empoisonnement par l'emploi local de la cocaïne; voici le résumé de cette observation :

Un soldat venait de subir l'extraction d'une grosse molaire pour laquelle le médecin avait injecté environ quatre gouttes d'une solution de cocaïne au cinquième autour du collet de la dent. Émerveillé du résultat obtenu, le patient demanda à être débarrassé de la racine d'une autre dent qui s'était cassée. L'anesthésie produite par la première injection n'étant plus suffisante, notre confrère pratiqua quatre nouvelles piqûres dans la région; la quantité totale de cocaïne injectée fut en tout de 10 à 15 centigrammes. Mais à peine le sujet s'est-il levé du fauteuil, qu'il est pris d'un sentiment d'angoisse, de douleur vive au cœur; il pâlit, la vue s'obscurcit, puis surviennent des hoquets, des vomissements, du délire et le malade perd bientôt connaissance; il demeure inerte; les bras soulevés retombent lourdement, les extrémités se refroidissent, la pupille est contractée et fixe, et la salive coule des commissures buccales.

Au bout de dix minutes environ, le sujet est pris de convulsions cloniques, puis il se débat, se lève, prononce des sons inarticulés. Peu à peu cependant la connaissance revient, les mouvements redeviennent précis, mais le malade reste maussade, anxieux. Enfin une heure après l'injection, l'état était redevenu normal et le soldat pouvait regagner son casernement.

Je remercie notre confrère de nous avoir envoyé communication de ce fait intéressant; celui-ci prouve le danger qu'il y a :

1° A faire sur un même sujet, dans une même séance, deux cu plusieurs injections successives de cocaïne pour pratiquer un certain nombre de petites opérations distinctes (avulsion de dents, ablation de kystes sébacés multiples, etc.);

2° A employer des solutions de cocaïne trop concentrées. M. Reclus et moi nous avons suffisamment insisté déjà sur la né-

cessité qu'il y a de n'injecter la cocaïne qu'à l'état d'extrême dilution, au centième ou tout au plus au cinquantième ;

3° Enfin à dépasser la dose de cinq centigrammes, passé laquelle on a de grandes chances de voir survenir des phénomènes d'intoxication.

Rapport.

Phlegmon de la paroi abdominale consécutif à une laparotomie. Fistule intestinale. Entérotomie, par le Dr de LARABRIE, professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes.

Rapport par M. ROUTIER.

Messieurs, M. de Larabrie nous a adressé une observation de fistule intestinale consécutive à un phlegmon survenu dans la ligne de suture d'une laparotomie, fistule pour laquelle il a dû pratiquer l'entérotomie. En voici les détails :

Un mois après une laparotomie entreprise pour débarrasser d'une tumeur solide de l'ovaire une jeune femme de 26 ans, il se forma au niveau de l'ombilic, à gauche de la cicatrice, un foyer d'empâtement.

M. de Larabrie espérant que cet empâtement disparaîtrait ne fit aucun traitement.

Trois mois et huit jours après l'opération, il y avait de la fièvre, un amincissement de la peau au niveau de l'ancien empâtement, de la fluctuation manifeste.

Une petite incision donna issue à du liquide muco-purulent, sans odeur appréciable, dit l'auteur.

Vingt jours après seulement, il fut constaté que cet abcès laissait passer un liquide verdâtre d'odeur très aigre, non fécaloïde, dans lequel nageaient des parcelles alimentaires; l'écoulement était beaucoup plus abondant quelque temps après le repas.

La malade avait beaucoup maigri, elle était jaune et ne pouvait plus se lever.

M. de Larabrie explora la fistule avec une sonde de femme; on voyait un bourrelet rouge de muqueuse ; la peau tout autour était excoriée.

La sonde pénétrait à 1 centimètre 1/2, buttait sur un obstacle, puis déviait latéralement pour s'enfoncer assez profondément.

L'auteur dit : « J'en conclus qu'il existait vraisemblablement un éperon, et que la lumière de l'un des deux bouts intestinaux, l'inférieur suivant toute apparence, tendait à se fermer. »

La nature des matières faisant penser à une fistule très haut placée sur le parcours intestinal, l'état de la malade allant toujours

s'aggravant, décidèrent M. de Larabrie à prendre rapidement un parti.

J'avais à choisir, dit l'auteur, entre : 1° l'application d'une entérotomie, suivie plus tard de la fermeture de la fistule; 2° et l'entérorrhaphie.

Il rejeta le premier de ces moyens à cause de la date récente de la fistule, et à cause de l'impossibilité où il s'était trouvé de reconnaître les deux bouts.

Il se décida donc pour l'entérorrhaphie.

Le 16 octobre 1890, nouvelle laparotomie au-dessus de la fistule, mesurant 5 centimètres, exploration digitale des adhérences, décollement partiel de celles-ci, agrandissement de l'incision abdominale.

On voit alors qu'une anse voisine de l'estomac fait un angle très aigu vers la paroi, et que la sonde introduite par la fistule peut aller facilement dans les deux bouts, après avoir butté contre un éperon très saillant.

Mais ici se présente une complication, près de l'ouverture anormale de l'anse coudée et adhérente à la paroi, une autre anse intestinale lui est tellement accolée, que M. de Larabrie ne peut détruire ces adhérences.

Il y avait donc impossibilité d'isoler l'anse malade, impossibilité à faire l'entérorrhaphie. Alors, tournant cette difficulté, M. de Larabrie fit une entérotomie entre les deux bouts parallèles de l'anse malade, et à assez grande distance de sa fistule.

Il pratiqua deux incisions de 6 centimètres environ sur chacun des deux bouts et les aboucha par une trentaine de points de Lambert à la soie. L'épiploon fut rabattu par dessus et fixé par quelques points.

Du côté de la fistule, les tissus friables furent abrasés á la curette tranchante, et l'orifice fistuleux lié de façon à avoir une obturation complète; si j'ai bien compris, cette ligature fut faite intra-péritonéale.

Puis, lavage de la cavité abdominale à l'eau bouillie et suture de la paroi, sauf au point d'abouchement de la fistule.

Trois jours après, la malade, après quelques coliques, eut une selle normale, mais en même temps il s'écoulait du liquide par l'ancien orifice fistuleux. Au bout de quelques jours cependant, cet orifice se cicatrisait.

La malade est parfaitement guérie; cependant, dit l'auteur, elle a souvent des coliques qui vont s'atténuant.

Reprenons les points principaux de cette observation :

Tout d'abord, la formation du phlegmon de la paroi; l'auteur

s'accuse d'avoir été la cause de cet accident, par quelque faute contre l'asepsie; cette erreur peut arriver à tout le monde; quel est celui d'entre nous auquel il n'est jamais arrivé d'avoir un abcès dans ses laparotomies ? ce n'est donc pas sur ce point que je me permettrai la plus légère critique; mais le phlegmon soupçonné, il ne fallait pas l'abandonner, et surtout ne pas trop compter sur sa résolution spontanée.

Je crois qu'il faut dans ce cas ne pas attendre, ne pas temporiser : une moucheture au bistouri pénétrant jusque dans l'induration non seulement ne provoquera pas la suppuration, si elle n'existe pas, mais la diminuera fort si elle se produit ; dans tous les cas, il faut favoriser l'issue à l'extérieur.

C'est la conduite que je tiens pour ma part en face de pareil accident, elle dérive précisément d'un fait qui a quelque analogie avec le précédent, et qui m'a fait prendre le parti d'ouvrir prématurément ces phlegmons ou pseudo-phlegmons.

En 1886, après l'ablation d'un double pyo-salpinx grave, j'eus aussi vers le bas de la cicatrice abdominale une induration; j'attendis, et finalement je dus ouvrir; mais peu après il sortit des matières stercorales : il y avait fistule intestinale.

Plus heureux que M. de Larabrie, j'eus la chance de voir guérir cette fistule spontanément; elle siégeait bas, il est vrai, et l'état général de la malade me permit d'attendre trois semaines, au bout desquelles tout était cicatrisé.

La fistule une fois produite, dans le cas de M. de Larabrie, il est sûr qu'à cause de son siège et des accidents de dénutrition qu'elle causait, il fallait agir.

Ici j'avoue que je me sépare un peu de l'auteur; bien que je croie pouvoir dire que je ne crains pas les laparotomies, il me semble que je ne l'aurais pas entreprise dans ce cas.

L'auteur a, dit-il, exploré la fistule, la sonde allait toujours dans le même sens. J'aurais répété cette exploration, j'aurais au besoin dilaté la fistule, puisque surtout il soupçonnait la présence d'un éperon, j'aurais essayé de le pincer.

Combien les suites eussent été plus simples. Je reproche à l'auteur d'avoir fait un lavage de la cavité péritonéale; à quoi bon, en effet? Il ne nous dit pas que le péritoine ait été souillé par quoi que ce soit; or, un vrai lavage fait au-dessus de l'ombilic diffère notablement de celui qu'on pratique dans le petit bassin, et me paraît beaucoup plus dangereux.

La laparotomie faite, les adhérences de l'anse voisine étant reconnues, la possibilité de placer l'entérotome étant démontrée, M. de Larabrie a préféré faire l'entérotomie. Ici encore, j'aurais

été plus timide. J'aurais placé l'entérotome, et j'aurais refermé le ventre, si tant est que je l'eusse ouvert.

Cependant, M. de Larabrie a eu un succès, nous devons le constater et l'en féliciter; non sans lui faire remarquer qu'après avoir grandement exposé sa malade, il lui a laissé les adhérences de l'intestin à la paroi, adhérences compliquées de celles de l'épiploon, et qui expliquent bien les coliques qu'elle peut avoir.

Nous croyons donc qu'en pareil cas, en face d'une fistule stercorale simple, sans foyer pyo-stercoral, il faut s'abstenir et tâcher de placer l'entérotome; sans doute l'opération est moins brillante, mais elle est plus sûre, et le premier de nos devoirs est de ne faire courir à nos patients par nos interventions que le minimum de dangers inévitables pour arriver à leur guérison.

Je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer son observation aux archives; 3° de le placer dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant.

Les conclusions du rapport de M. Routier sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Pseudo-étranglement interne chez une femme atteinte de salpyngite catarrhale,

Par M. Ch. Nélaton.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie l'observation d'une femme atteinte de fausse occlusion intestinale.

Ce pseudo-étranglement était dû non à une péritonite suppurée, ainsi qu'il est fréquent d'en rencontrer des exemples, mais à une péritonite congestive plastique ayant entraîné l'épaississement des parois de l'intestin et créé un véritable obstacle mécanique.

Voici l'observation de cette femme :

Camille R..., âgée de 28 ans, est une femme d'une excellente constitution, qui n'a jamais fait d'autre maladie qu'une diphtérie à l'âge de 6 ans.

Mariée à 20 ans, elle a eu 3 enfants : le dernier, il y a trois ans et demi. Depuis cette dernière couche les règles sont abondantes et s'accompagnent de douleurs de reins. Depuis cette époque aussi la constipation est habituelle et l'usage des lavements fréquemment nécessaire.

Le 3 septembre dernier, cette femme était à la fin d'une époque lors-

que le matin, en se levant, elle fut prise de coliques violentes ayant leur maximum d'intensité dans la fosse iliaque droite. En même temps elle éprouvait un besoin pressant d'aller à la garde-robe. Mais quelque effort qu'elle fît, elle ne put expulser ni matières ni gaz.

Les douleurs continuant, un médecin fut appelé ; il prescrivit immédiatement un lavement purgatif et, pour le lendemain un purgatif composé de 25 grammes d'huile de ricin.

Le lavement ne produisit rien, et le purgatif n'eut d'autre effet que d'augmenter l'intensité des coliques, de provoquer dans la soirée de ce deuxième jour des vomissements alimentaires et bientôt du météorisme intestinal.

Aussi, le matin du troisième jour, notre collègue des hôpitaux M. Juhel-Renoy fut-il appelé ; il se trouva en présence de phénomènes d'occlusion intestinale, pensa qu'une intervention chirurgicale immédiate serait nécessaire et m'adressa la malade à la maison Dubois.

Prévenu par M. Juhel-Renoy, je vis la malade à son entrée à la maison Dubois, mais mon impression ne fut pas celle de mon collègue. Je trouvais en effet une femme qui depuis 50 heures environ n'avait expulsé ni matières ni gaz, mais dont l'état général était resté parfait ; le facies était bon, le pouls normal et plein ; il y avait un léger météorisme abdominal, mais le ventre était resté dépressible, non douloureux, sauf dans la fosse iliaque droite. Les vomissements alimentaires survenus dans la nuit ne s'étaient point reproduits depuis le matin.

Après examen, ayant pratiqué le toucher rectal et n'ayant rien trouvé, je pensai qu'il s'agissait là d'accidents d'occlusion sur la nature desquels je ne pouvais me prononcer. La douleur iliaque droite me faisait pencher vers l'hypothèse d'une appendicite, mais en tout état de cause les accidents ne me paraissaient en aucune façon assez accentués pour qu'une laparotomie immédiate s'imposât.

En conséquence je me décidai à attendre les événements en soumettant la malade au traitement médical. Je prescrivis quinze pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme chacune : la malade en prendrait une toutes les heures et demie environ ; en même temps je proscrivis sévèrement l'usage de lavements ou de purgatifs.

Le lendemain, je trouvai la malade beaucoup plus calme que la veille, ne se plaignant d'aucune colique, n'ayant toujours plus ni vomissements ni renvoi. Mais rien n'avait été expulsé par l'anus. Je continuai le même traitement, et le surlendemain matin on me téléphona à Necker que la malade venait de rendre des gaz. Elle en rendit de plus en plus, et le huitième jour je prescrivis un purgatif qui provoqua une débâcle.

La malade pouvait donc être considérée comme guérie. Mais la débâcle fut suivie d'une diarrhée abondante qui, du 10 au 20 septembre, s'établit et persista malgré un traitement que j'avais institué pour la combattre. En même temps, la température de cette femme s'était élevée et le thermomètre avait des élévations vespérales de 38°,6, 39°, 39°,2.

Dans ces conditions, comme la malade était arrivée au bout de ses

ressources et qu'elle voulait quitter la maison de santé, je la fis passer à Necker. Elle y entra le 20 septembre.

A Necker, la diarrhée s'arrêta au bout de quatre jours. Mais en même temps les règles reparurent, et deux jours plus tard de nouveaux accidents d'occlusion s'établirent. Les matières et les gaz cessèrent d'être rendus par l'anus. Le ventre se ballonna et des vomissements alimentaires survinrent.

Le même traitement qui venait de nous réussir quelques jours auparavant fut institué à nouveau, et comme la première fois, au bout de quatre jours, une débâcle était obtenue.

Pendant cette nouvelle crise, j'avais recommencé l'examen complet de la malade et j'avais constaté un symptôme nouveau :

A 6 centimètres environ au-dessus de l'orifice anal, le toucher rectal permettait de reconnaître un rétrécissement qui, vraisemblablement, m'avait échappé à mon premier examen.

Ce rétrécissement était formé par un épaississement en forme de fer à cheval qui occupait les faces antérieures et latérales du rectum. L'extrémité de l'index s'engageait avec peine sous ce véritable pont et ne pouvait le franchir. Cet épaississement rectal se continuait en avant avec une masse que l'on retrouvait par le toucher vaginal. Cette masse faisait saillie dans le cul-de-sac postérieur faisant corps avec l'utérus, qui était immobile et impossible à délimiter exactement.

En raison de l'apparition deux fois répétée des accidents au moment des règles ou d'une métrorragie, je pensai que les phénomènes d'occlusion étaient provoqués par une lésion inflammatoire des annexes, probablement par un hématosalpynx ou par une hématocèle rétro-utérine encadrant et comprimant le rectum.

Je pensai qu'il fallait intervenir pour parer à des accidents nouveaux qui ne manqueraient point de se reproduire, et qu'il fallait profiter de la période de calme que nous avions.

Mais j'étais très indécis sur la nature de l'intervention que j'allais pratiquer.

M. Le Dentu, à qui je fis part de mon hésitation et à qui je fis examiner la malade, me conseilla la laparotomie, et j'étais presque décidé à pratiquer cette opération, lorsque, réexaminant à nouveau la malade, je trouvai le rectum tellement comprimé, tellement étreint par le croissant que j'ai décrit, que j'eus peur de rencontrer des adhérences très résistantes, difficiles à dégager par la laparotomie sans rupture de l'intestin, et je me décidai à suivre la voie vaginale. Comme je conservais de grands doutes sur mon diagnostic, je procédai de la façon suivante :

Je commençai, après avoir saisi et abaissé le col, par faire une incision du cul-de-sac vaginal postérieur. Par cette incision, je suivis la face postérieure de l'utérus pour pénétrer dans le foyer que je supposais exister.

Mais en cheminant ainsi lentement, en décollant et divisant avec mon doigt les adhérences, je ne trouvai aucun foyer et arrivai dans le péritoine sans avoir rencontré autre chose qu'une épaisse couche

d'adhérences qui maintenaient l'utérus en rétroversion, appliqué par son fond contre le rectum. Mon doigt, ayant ainsi libéré la face postérieure de l'utérus de ses adhérences, le redressa facilement en le portant en avant; de chaque côté de l'utérus, je reconnus alors avec le doigt et libérai facilement d'adhérences lâches les deux trompes cylindroïdes et du volume d'un porte-plume. Celles-ci me parurent simplement atteintes de salpyngites catarrhales.

Ceci étant fait, il me restait à savoir si le rectum restait toujours diminué de calibre. Pour m'assurer de cela, ma main gauche aseptique restant dans la plaie au-devant du rectum, j'introduisis dans le rectum mon index droit; je constatai que le détroit rétréci était devenu facilement perméable à mon index, mais que la paroi rectale était, en avant et sur les côtés, épaissie indurée. Entre mes deux index, l'épaississement, facilement perceptible, me paraissait presque mesurer un centimètre d'épaisseur.

Je pensai alors que le résultat recherché était obtenu. Je plaçai un tampon de gaze iodoformée derrière l'utérus au-devant du rectum et la malade fut reportée dans son lit. Elle guérit rapidement et sortit de l'hôpital au bout de quinze jours.

J'ai revu cette femme, et j'ai constaté, ces jours derniers encore, que le rétrécissement rectal n'existait plus. Il n'y en a plus trace, l'utérus a conservé la bonne position que je lui ai donnée, et la femme n'a plus eu aucune crise intestinale. Le toucher vaginal ne permet plus de reconnaître de chaque côté aucune tumeur salpyngienne.

Cependant, comme les règles étaient restées abondantes, que chaque mois la femme se plaiguait de douleurs lombaires, je lui ai fait ces jours derniers un curettage utérin. Et pendant cette opération, sous le chloroforme, j'ai pu m'assurer qu'il était impossible de retrouver aucune tuméfaction salpyngienne.

J'ai rapporté cette observation parce que j'ai été frappé, dans le cas de cette femme des difficultés du diagnostic. Les faits simulaires ne m'ont point paru nombreux.

Certes, on rencontre des exemples de péritonite suppurée simulant l'occlusion; certes, on rencontre des exemples de péritonite congestive accompagnant des tumeurs pelviennes et occasionnant des phénomènes semblables à ceux que je viens de décrire; mais ces accidents sont à coup sûr exceptionnels dans le cours de la salpyngite catharrhale.

Le deuxième point sur lequel j'insiste est relatif à cette induration en forme de croissant qui existait dans la paroi antérieure du rectum et qui disparut complètement après mon intervention. Elle était évidemment due à une infiltration plastique des tuniques de l'intestin adhérent aux trompes enflammées.

Dans les observations d'occlusions intestinales qui ne sont point dues à un obstacle mécanique nettement reconnu, on a coutume

de considérer le péritonisme comme la seule cause des accidents, c'est-à-dire une inflammation congestive des parois intestinales entraînant une parésie des muscles intestinaux directement ou par action réflexe. Mais dans aucun cas on n'a l'air de supposer qu'à cette cause purement dynamique puisse se surajouter, du fait de l'inflammation plastique, une cause mécanique. Cette cause était cependant bien réelle dans le cas que nous venons de rapporter.

Je dirai enfin quelques mots de l'intervention à laquelle j'ai eu recours.

Je n'ai fait, en somme, qu'une élytrotomie exploratrice. J'ai traversé les adhérences qui unissaient les trompes et l'utérus au rectum; j'ai redressé l'utérus et les trompes et j'ai maintenu ces organes séparés du rectum par une mèche de gaze iodoformée.

Par une laparotomie, aurais-je fait autant et aussi facilement? Je ne le crois pas. Car par une laparotomie j'aurais peut-être pu dégager les organes pelviens adhérents à l'intestin; mais ensuite il fallait ou les extirper, ou les fixer à la paroi antérieure de l'abdomen, sinon ils pouvaient retomber de suite dans le cul-de-sac péritonéal, reprendre leur situation vicieuse et leurs adhérences, et alors à quoi eût servi mon intervention? D'autre part je ne me serais pas trouvé autorisé à enlever ces trompes simplement atteintes de salpyngite catarrhale, et la fixation de ces organes enflammés à la paroi abdominale eût été certainement moins simple que ce que j'ai fait.

C'est pourquoi je pense avoir bien fait en me décidant à suivre la voie vaginale, et si je me permets de signaler ce fait à votre attention, c'est que, dans ces derniers temps, on a considéré la voie abdominale comme permettant beaucoup mieux l'exploration et la conservation que la voie vaginale. Dans le cas que je vous soumets, au moins, je crois avoir été beaucoup plus conservateur, parce que j'ai fait l'élytrotomie exploratrice, que je ne l'eusse été si j'avais fait la laparotomie.

Présentation d'instrument.

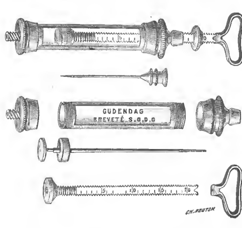
M. Félizet présente une seringue antiseptique destinée aux injections interstitielles : injections de chlorure de zinc (méthode Lannelongue), injections de teinture d'iode (méthode de Luton et de Duguet), injections de naphtol camphré et, à plus forte raison, injections de solutions aqueuses, d'alcools et d'éther.

Le principal inconvénient des anciennes seringues de Pravaz est, outre l'absence de l'antisepsie, la projection dans les tissus

des particules de graisse rance, qui a lubréfié le piston : la plupart des abcès n'ont pas d'autre origine.

La seringue de Strauss est un instrument parfait au point de vue de l'asepsie ; elle a le grave inconvénient de mal fonctionner, quand la moelle de sureau est imprégnée de chlorure de zinc ou de naphtol.

L'instrument que j'ai fait construire par M. Gudendag et que je présente a pour avantage principal, outre la résistance que le piston oppose à l'action irritante des divers liquides employés, la facilité avec laquelle il peut être aseptisé par la chaleur à l'étuve ou par l'immersion dans des bains antiseptiques chauds.



La seringue se décompose, en effet, avec une extrême facilité en plusieurs pièces qui résistent parfaitement aux températures les plus élevées.

L'organe pneumatique de l'appareil est un disque de caoutchouc spécialement préparé, dont l'expansion et l'effort contre la paroi intérieure du corps de pompe sont réglés, aussi exactement que possible, par le rapprochement automatique des deux pièces constituant le piston.

La construction en a été minutieusement réglée jusque dans les plus petits détails, et l'appareil présente les avantages d'un jeu de piston régulier, d'une puissance de propulsion irrésistible, avec une extrême commodité du mouvement.

Présentation de pièces.

M. Marchand présente un utérus enlevé par l'hystérectomie vaginale, atteint *d'épithélioma pavimenteux tubulé* du col ; l'examen

microscopique a été pratiqué au laboratoire d'histologie du Collège de France par M. Suchard et contrôlé par le professeur Ranvier.

La pièce est surtout remarquable par l'hypertrophie considérable de la muqueuse du corps; celle-ci est atteinte des lésions de l'endométrite chronique; elle présente une épaisseur d'environ 3 millimètres, et le microscope y révèle une prolifération cellulaire abondante et l'hypertrophie des glandes. Ces lésions s'arrêtent nettement au niveau du col; il y a donc coïncidence évidente d'une endométrite du corps avec un cancer du col.

Discussion.

M. Pozzi. J'ai enlevé, il y a six jours, un utérus atteint des mêmes lésions — épithélioma du col avec lésions de métrite du corps de l'organe. Il me paraît possible que cette métrite soit en rapport avec la propagation du cancer; et peut-être existe-t-il une métrite *pré-cancéreuse;* en tout cas cette lésion semble créer une imminence morbide et je la crois fréquente.

On peut également voir le col atteint d'endométrite pendant qu'il s'est développé dans le corps une néoplasie cancéreuse. J'ai opéré un cas de ce genre l'année dernière; le col était sclérokystique et son ablation avait été jugée nécessaire par des médecins étrangers. Un examen plus attentif me démontra au contraire qu'il existait un cancer du corps et un simple état de métrite chronique du col. Ces faits nous démontrent la nécessité de l'ablation par l'hystérectomie vaginale totale.

M. Routier. J'ai fait une hystérectomie vaginale totale pour un cancer du corps d'un utérus dont le col présentait la dégénérescence sclérokystique. M. Cornil a fait la description de la pièce dans son mémoire sur les *cancers de l'utérus;* il a reconnu que les fongosités du corps représentaient des lésions intermédiaires à celles du cancer et de l'endométrite chronique.

M. Schwartz. J'ai enlevé un utérus atteint d'une petite ulcération bourgeonnante du col que M. Cornil a reconnue comme un *épithélioma pavimenteux tubulé.* La cavité utérine était atteinte d'endométrite fongueuse et hémorragique.

M. Marchand. Je puis montrer d'autres pièces prouvant qu'il n'y a pas toujours de lésion de la muqueuse du corps et que les lésions sont très limitées au col.

Élections.

Membres associés étrangers.

Nombre de votants, 27. — Majorité, 14.

Sont élus : MM. Rossander (de Stockolm).
Slaviansky (de Saint-Pétersbourg).

Correspondants étrangers.

Sont élus : MM. Bloch (de Copenhague).
Galvani (d'Athènes).
Kocher (de Berne).
Kouzmine (de Moscou).
Ziembicki (de Lemberg).

Correspondants nationaux.

Sont élus : MM. De Larabrie (de Nantes).
Gripat (d'Angers).
Demmler (Armée).
Largeau (de Niort).
Phocas (de Lille).

Comité secret.

La Société se forme en comité secret.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 27 janvier 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Lettres de remerciement de MM. Slaviansky et Rossander ; Bloch, Galvani, Kouzmine, Kocher et Ziembicki ; Delagénière, de Larabrie, Demmler, Gripat et Phocas, nommés associés étrangers, correspondants étrangers et correspondants nationaux ;

2° Lettres de MM. Horteloup et Richelot demandant un congé d'un mois ;

3° *Quatre cas de tumeurs congénitales de la tête et de la colonne vertébrale*, par M. W. Keen (de Philadelphie) ;

4° *Épilepsie jacksonnienne, trépanation*, par MM. Ch. Mills et W. Keen (de Philadelphie) ;

5° Huit brochures et mémoires adressés par M. Kouzmine, membre correspondant étranger ;

6° Affection maligne des vertèbres simulant un mal de Pott. — Chirurgie orthopédique, par M. A.-B. Judson (de New-York) ;

7° Lettre de remerciement de M. Sieur, lauréat de la Société (prix Demarquay).

ALLOCUTION DE M. CHAUVEL, président entrant.

Messieurs et chers Collègues,

Il y a dix ans à peine que vous m'appeliez à prendre rang parmi vous. Trois années plus tard, vous m'avez confié les fonctions de secrétaire général ; aujourd'hui, devançant des collègues plus anciens et plus méritants, vous me faites l'insigne honneur de me désigner pour diriger vos travaux. De ces marques réitérées de

votre sympathie, permettez-moi de vous exprimer ma profonde reconnaissance.

J'y suis d'autant plus sensible que ces témoignages d'estime, en même temps qu'au collègue, s'adressent au corps de santé militaire tout entier. Et puisque l'occasion m'en est offerte, laissez-moi vous remercier, au nom de la médecine militaire, des distinctions flatteuses dont vous comblez, chaque année, ceux de ses membres qui contribuent, en participant à notre cause, aux progrès de la chirurgie française.

Par mon exactitude, par mon dévouement aux intérêts de la Société, je m'efforcerai de rester à la hauteur de ma tâche. Je n'aurai du reste, pour y réussir, qu'à prendre exemple sur mon honorable ami et prédécesseur. Comme lui, je serai heureux de voir nos discussions gagner encore, s'il est possible, en précision et en rigueur scientifique. Dans ce but, je crois qu'il serait bon que les collègues qui se font inscrire pour des rapports, pour des communications, veuillent bien indiquer au président le sujet de leurs lectures. En acceptant cette façon de faire, le programme des séances pourrait toujours être connu et annoncé par avance au moins dans ses grandes lignes, et chacun aurait le temps de réunir les faits, de préparer et d'ordonner les documents qu'il compte apporter à la tribune.

En terminant, je vous demande, Messieurs, de voter au bureau sortant, à notre collègue M. Terrier, qui a si assidûment présidé nos séances; à M. Richelot, notre ex-secrétaire, dont les procès-verbaux resteront comme des modèles, des remerciements qui ne sont pour eux qu'une récompense bien gagnée.

A propos du procès-verbal.

Discussion à propos de la communication de M. Nélaton.

M. Segond. L'observation de M. Nélaton présente un double intérêt; elle nous fait connaître la possibilité d'accidents d'obstruction intestinale par une déviation utérine s'accompagnant d'une pelvi-péritonite congestive et elle appelle notre attention sur l'intervention appliquée par la voie vaginale.

Je rapprocherai de ce fait un cas que j'ai observé récemment : je fus appelé pour faire la laparotomie près d'une malade de 35 ans, présentant des phénomènes d'occlusion intestinale complète et dont la cause paraissait être une rétroversion de l'utérus avec fibromes. Après avoir pratiqué l'anesthésie, je fis la dilatation de l'anus et

pus introduire ma main dans le rectum et déloger la tumeur par refoulement; il s'ensuivit une débâcle immédiate, et la malade guérit. Mais pour prévenir le retour de pareils accidents, je conseillai à cette femme de subir une opération ultérieure.

J'avais diagnostiqué moi-même un fibrome du fond de l'utérus avec lésion des annexes du côté gauche, compliquée d'adhérences péritonéales. J'ai, dans ce cas, pratiqué l'hystérectomie vaginale; mais au lieu d'enlever l'utérus de prime-abord, j'ai ouvert le cul-de-sac postérieur et j'ai achevé mon diagnostic par l'introduction du doigt dans le bassin à travers la brèche vaginale. La tumeur était une grossesse extra-utérine contenant un fœtus d'environ six semaines; les annexes étant malades en même temps de l'autre côté, je pratiquai l'hystérectomie vaginale.

J'insisterai particulièrement sur le point suivant qui me paraît d'une importance capitale et renverse un des plus gros arguments qu'on ait opposés à l'hystérectomie vaginale: à savoir qu'il est possible de s'arrêter en route quand on a commencé l'hystérectomie, et qu'on peut utilement terminer une intervention sans extirper l'utérus. L'observation de M. Nélaton est déjà instructive à cet égard; je rapproche en outre trois cas où, en présence d'erreurs de diagnostic constatées au cours des manœuvres, j'ai pu m'arrêter et modifier mon plan opératoire.

Dans un premier cas, je croyais avoir affaire à un fibrome à marche rapide; après incision du cul-de-sac postérieur, je pus m'assurer qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche. Le kyste fut enlevé et l'utérus fut laissé en place.

Une autre fois, il y avait toutes les apparences d'une suppuration pelvienne avec saillie dans le cul-de-sac postérieur. Suivant un précepte auquel je me conforme, j'incisai d'abord sur la tuméfaction; c'était une hématocèle, formée de caillots anciens. Pensant que les annexes étaient saines du côté opposé, j'ai respecté l'utérus; je me suis contenté d'évacuer la poche sanguine, de la laver, de la drainer, et la malade a guéri.

Enfin, dans un troisième cas, on avait diagnostiqué un fibrome utérin, de la variété pelvienne, c'est-à-dire bas situé et faisant relief dans le cul-de-sac. La tumeur avait été électrisée pendant dix-huit mois; en outre, comme elle s'accompagnait d'une ascite volumineuse, la malade avait été ponctionnée quinze fois. Après l'incision vaginale, je reconnus qu'il s'agissait de tumeurs malignes des deux ovaires et du même coup j'évacuai par le vagin l'ascite et enlevai les tumeurs et l'utérus.

Mais le fait important sur lequel je crois devoir insister, c'est la possibilité de s'arrêter quand on a commencé les manœuvres de

l'hystérectomie vaginale et de modifier son plan opératoire suivant les résultats de l'exploration.

M. Pozzi. L'observation de M. Nélaton est intéressante au point de vue de la pathogénie et du traitement des accidents ; on pourrait l'intituler : *Étranglement par rétroversion d'un utérus, compliquée de pelvi-péritonite.* Au point de vue nosologique, cette pelvi-péritonite était de la péri-salpingite, et ce fait vient encore confirmer les notions que je défends, à savoir que la pelvi-péritonite est toujours une lésion secondaire développée autour des trompes ou de l'utérus, le plus souvent une péri-salpingite.

Peut-être eût-il été possible de réduire l'utérus par la reposition manuelle par le rectum ? Cependant, il me paraît y avoir eu dans ce cas avantage à pratiquer une incision vaginale exploratrice. Il me semble en effet, d'après les détails du fait, qu'il existait une indication locale poussant à préférer la voie vaginale à la laparotomie.

Mais cette incision vaginale exploratrice est-elle commode et recommandable, et peut-elle être comparée à l'incision abdominale ? La comparaison ne me semble pas pouvoir se soutenir : il est certainement plus difficile de faire une exploration au fond d'une brèche, dans la profondeur du vagin, que de regarder par l'abdomen. Cette manœuvre a réussi entre les mains habiles de Nélaton et de Segond ; mais elle ne me paraît pas être la méthode de choix. Dans un cas de ce genre, publié dans la *Revue de Chirurgie* (août 1891), pour une pelvi-péritonite aiguë consécutive à une salpingite, j'ai opéré par la voie abdominale, détruit les adhérences, j'ai lavé le péritoine, drainé et guéri la malade.

En résumé, ce cas est intéressant parce qu'il est exceptionnel ; il nous démontre que l'on peut voir et opérer par le cul-de-sac postérieur, si le vagin et la vulve ne sont pas trop étroits et si la femme n'est pas trop obèse ; mais la voie vaginale me paraît, dans la grande majorité des cas, tout à fait inférieure à la voie abdominale, et s'y engager de préférence, c'est jouer la difficulté.

M. Reclus. A propos des pelvi-péritonites, M. Pozzi ne tient plus exactement le même langage qu'autrefois ; il se demandait alors, et semblait admettre exclusivement cette doctrine, si la pelvi-péritonite suppurée n'était pas seulement une sorte d'abcès tubaire adhérent aux parois du bassin. Je laisse ce point de côté pour le moment.

Comme M. Pozzi, je crois d'une façon générale que l'incision abdominale donne plus de facilités ; mais on peut également faire une exploration par le vagin.

Récemment, je me proposais de faire une hystérectomie vagi-

nale pour une affection qui me semblait être une métro-pelvi-salpingite. Après l'incision vaginale, il s'écoula un flot de sang noir ; voulant me rendre compte de suite des lésions des annexes, j'introduisis la main et je pus constater d'un côté une hémorragie tubaire et de l'autre un kyste ovarique. Je continuai mon opération et pratiquai l'ablation de l'utérus, mais j'aurais pu facilement m'arrêter et me borner à l'incision vaginale.

Dans un autre cas d'inflammation très ancienne du petit bassin, s'accompagnant de douleurs excessivement violentes, je me résignai à l'hystérectomie vaginale. L'hémorragie était abondante, et, au lieu de continuer l'ablation de l'utérus par morcellement, je m'arrêtai et je fis un tamponnement serré prenant son point d'appui contre le fond de l'utérus laissé en place. Chose remarquable, depuis quatre mois et demi les douleurs ont totalement disparu. Je ne donne pas cet exemple comme un modèle à suivre, mais je le cite pour démontrer qu'on peut s'arrêter au cours des manœuvres.

M. Segond. L'argumentation trop absolue de M. Pozzi ferait croire que je tends à rejeter l'incision abdominale exploratrice : mes remarques n'avaient en rien cette portée. J'ai voulu seulement protester contre cet argument que l'on a trop répété et trop fait valoir contre l'hystérectomie, qu'on ne pouvait s'arrêter au cours de cette opération et que la manœuvre une fois commencée, il était trop tard pour reculer. Il n'en est absolument rien : par le le vagin comme par l'abdomen, on peut se retourner s'il est reconnu qu'il y a erreur ; l'incision vaginale peut très bien servir pour le diagnostic et rester exploratrice ; j'en ai tout à l'heure cité des exemples.

M. Pozzi. Je connais trop le bon sens de M. Segond pour lui avoir prêté une opinion aussi exagérée. Mais il me paraît important de lui faire remarquer que M. Nélaton n'a pas pratiqué une hystérectomie vaginale, mais une simple incision, une élytrotomie exploratrice. Ce n'est pas ainsi qu'on procède habituellement dans l'hystérectomie vaginale. Pourrait-on vraiment s'arrêter quand, d'après les préceptes posés par M. Segond lui-même, on a fait l'incision circonférentielle du col et pratiqué le dégagement de la vessie ? Il faut alors que M. Segond me concède qu'on doit commencer par l'incision vaginale exploratrice et non par les premiers temps ordinaires de l'hystérectomie vaginale.

M. Reclus a mal compris ce que j'ai écrit et dit sur la pelvi-péritonite d'origine génitale. J'ai rejeté ce terme, ne lui conservant qu'une valeur historique, parce qu'il a servi à désigner dans un passé peu éloigné des lésions très disparates, distinctes aujour-

d'hui. J'ai, au contraire, divisé les suppurations pelviennes non énucléables en deux classes : les *phlegmons du ligament large* (collections à marche aiguë ordinairement consécutives à une infection venue de l'utérus) et les *abcès pelviens*. Ces derniers ne sont pas seulement pour moi des pyosalpinx adhérents, comme me l'a fait dire par erreur M. Reclus : cette catégorie est à la vérité la plus fréquente, mais toute autre collection non énucléable, chronique, de pus mérite pour moi ce nom, et je reconnais que souvent les poches sont formées par des fausses membranes circonscrivant des cavités. La péritonite du petit bassin ou pelvi-péritonite est alors l'élément accessoire, et je ne crois pas qu'elle doive imposer son nom à la maladie. J'ai réuni ses diverses espèces sous le nom de péri-métro-salpingite qui me paraît préférable par sa signification pathogénique.

M. Reclus. Je fais des réserves absolues sur tout ce qui vient d'être dit par M. Pozzi à propos de la pelvi-péritonite.

M. L.-Championnière. Il me paraît difficile d'admettre que Bernutz et beaucoup d'autres avec lui se soient tous trompés dans l'étude des suppurations du bassin ; il est impossible de méconnaître la réalité des suppurations du tissu cellulaire pelvien. Mais ce qu'il faut savoir aussi reconnaître, c'est la difficulté d'interpréter la pathogénie d'accidents que du reste nous savons soigner très bien.

M. Segond vient de nous citer des exemples d'erreurs ; nous pourrions tous en rapporter. Il faut savoir dire et répéter qu'il est toujours difficile de voir dans le ventre, même par la laparotomie, quand le bassin est plein d'adhérences et quand ses organes sont modifiés dans leur aspect et leurs rapports par la péritonite chronique.

Il ne me semble pas plus facile de le faire par le vagin. Certes, la chose est possible, puisque MM. Nélaton et Segond ont pu le faire. Mais il y a là une question d'habitude et d'habilité personnelle à ces opérateurs, et on ne saurait se prévaloir de ces faits pour déclarer que de pareilles manœuvres sont faciles et innocentes.

Dans une discussion déjà ancienne, M. Trélat me reprochait avec amertume d'ouvrir le ventre sans avoir un diagnostic ferme de son contenu. C'est un reproche qui vraiment ne peut être fait que par des chirurgiens n'ayant pas une grande habitude de la chirurgie abdominale ; l'abdomen est une *boîte à surprises;* on se trompe souvent et on se trompera toujours. Les fibromes sont surtout l'une des sources les plus fréquentes d'erreurs. Il est donc intéressant de savoir ce que l'on peut faire en pareil cas et de

montrer comment on peut se retourner, quelle que soit la voie adoptée. M. Segond nous a démontré que la voie vaginale est possible et peut convenir à des cas variés ; la chose est importante à retenir. Il n'en reste pas moins vrai que toute cette chirurgie est délicate et difficile et que toutes les voies peuvent être semées d'écueils.

M. Routier. Il résulte de tout ceci que la voie vaginale peut aujourd'hui servir pour faire le diagnostic. Au début, M. Segond préconisait un manuel opératoire qui ne le permettait pas. Actuellement, il commence par l'effondrement du cul-de-sac vaginal ; par cette brèche on peut pénétrer dans le bassin et se rendre compte des lésions. L'opération peut donc être simplement exploratrice et la grande objection faite à l'hystérectomie vaginale n'a plus de valeur devant cette modification.

M. Kirmisson. Dans sa communication relative à un cas d'occlusion intestinale, notre collègue M. Nélaton a insisté à plusieurs reprises sur les bons résultats produits chez sa malade par le traitement opiacé, tandis que les purgatifs employés chez elle avaient toujours amené une aggravation. C'est sur ce point particulier de la question que je désire moi-même attirer votre attention. L'observation qui servira de base à mes réflexions a été recueillie par moi en 1889 à l'Hôtel-Dieu, alors que j'étais chargé de la suppléance du professeur Richet. Elle peut être intitulée :

Occlusion intestinale consécutive à une péritonite. Bons résultats du traitement par l'opium. Laparotomie; guérison.

La nommée G..., âgée de 26 ans, a eu quatre accouchements ; le dernier a eu lieu le 4 juin 1889. Trois semaines après, la malade, étant allée au lavoir, a été prise de symptômes violents de péritonite pour lesquels elle a été traitée à la Charité. Sortie guérie au bout de quatorze jours, elle n'a pas cessé d'éprouver dans le ventre quelques douleurs. Le 8 octobre, les douleurs devinrent beaucoup plus violentes ; il s'y joignit des vomissements, et, le 9, la malade entra dans le service de M. Proust à l'Hôtel-Dieu. Là, la situation ne fit que s'aggraver ; les garde-robes se supprimèrent complètement, et M. Proust fit passer la malade dans mon service pendant la journée du 14 octobre. Il est à noter que, le soir de ce même jour, la malade rendit quelques gaz par l'anus.

Quand nous la vîmes, le lendemain matin 15 octobre, l'état général n'était pas alarmant, le ventre n'était pas ballonné ; sans doute il y avait eu des vomissements fécaloïdes ; mais la malade ayant encore rendu des gaz par l'anus la veille au soir, nous résolûmes de différer l'intervention. Du reste, ni le toucher vaginal, ni le toucher rectal ne nous fournissaient de renseignement. Nous trouvions seulement une

douleur localisée et un peu d'empâtement dans le flanc droit. Nous instituâmes le traitement de la façon suivante : on appliqua une vessie de glace sur le point douloureux de l'abdomen ; à l'intérieur, on donna 7 centigrammes d'opium. La malade fut alimentée au moyen de quelques cuillerées de lait et de potion de Todd.

L'effet de ce traitement fut satisfaisant ; les douleurs furent presque complètement supprimées ; les vomissements disparurent ; le dernier eut lieu le 15 octobre, à midi ; le ventre resta souple et non ballonné. Cette situation favorable se prolongea pendant trois jours, le 16, le 17 et le 18 octobre, et, durant ce temps, l'opium à l'intérieur fut continué à la dose de 5 centigrammes par jour.

Mais le 19 octobre, à la visite du matin, nous constatâmes que la situation s'était aggravée ; les vomissements avaient reparu ; il existait un très léger degré de tympanisme, et toujours un peu de tuméfaction dans la région du flanc droit. Nous jugeâmes que le moment était venu d'intervenir, et, séance tenante, nous pratiquâmes la laparotomie.

La malade étant endormie, nous fîmes sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic, une incision de 12 centimètres environ. Le péritoine incisé met à nu une anse intestinale violacée, distendue ; une légère traction exercée sur cette anse montre qu'elle se dirige vers la partie supérieure de l'abdomen ; on la réduit, et, dirigeant les recherches vers la fosse iliaque droite, dans le point où l'on avait noté l'empâtement et les douleurs, on arrive bientôt, au niveau du détroit supérieur du bassin, sur une portion d'intestin grêle tout à fait flasque, enserrée par une bride péritonéale. La bride est déchirée avec le doigt, et l'on constate que la portion de l'intestin située au-dessous de l'étranglement est saine ; elle présente une coloration blanchâtre et n'offre pas d'ulcérations ; elle est réduite avec la plus grande facilité. L'abdomen est refermé au moyen de cinq points de suture profonde au fil d'argent ; sutures superficielles au crin de Florence ; pansement à la gaze iodoformée.

La durée totale de l'opération, sutures et pansement compris, n'avait pas dépassé quinze minutes.

Les suites de cette intervention furent ce qu'elles devaient être, excessivement simples. Dès le 20, au matin, la malade avait rendu des gaz par l'anus et taché son alèze.

Le 21, à six heures du matin, il y eut une première garde-robe. Particularité intéressante : le 24, nous notions l'existence sur les membres supérieurs d'une éruption assez abondante d'urticaire.

Le 28 octobre, nous enlevions deux des points de suture profonde, et, le 30, les trois derniers. Le 4 novembre, la malade commençait à se lever.

La question de l'occlusion intestinale étant encore une fois portée devant la Société de chirurgie, nous étions bien aise de lui faire connaître ce nouveau succès à l'actif de la laparotomie.

Je ferai remarquer, en passant, et contrairement à l'opinion de

quelques-uns de nos collègues, que le diagnostic, dans l'occlusion intestinale, me semble beaucoup moins obscur qu'on ne l'a dit quelquefois. En étudiant soigneusement les commémoratifs, en analysant tous les symptômes, il me semble que l'on peut arriver, dans la majorité des cas, à un diagnostic sinon absolu, du moins d'une précision suffisante pour permettre de choisir entre les deux modes d'intervention qui se présentent à nous, la laparotomie et l'anus contre nature. Dans le cas actuel, par exemple, nous avions tous les éléments d'un diagnostic suffisant.

Nous étions, à n'en pas douter, en présence d'une occlusion intestinale. La péritonite que la malade avait eu quatre mois auparavant, ce fait que, depuis lors, les douleurs n'avaient jamais cessé complètement, nous permettaient de conclure qu'il s'agissait d'une occlusion par brides. Enfin, la douleur et l'empâtement persistant dans la région de la fosse iliaque droite nous disaient que de ce côté devaient porter nos recherches; et, en effet, c'est bien là qu'a été trouvé l'obstacle pendant l'opération.

Mais le point sur lequel je désire surtout insister, c'est la nécessité d'exclure du traitement de l'occlusion intestinale l'emploi des purgatifs, pour leur substituer la diète et l'opium. Depuis longtemps déjà, en France, M. Le Fort a conseillé cette manière de faire ; M. Terrier y a insisté au cours de notre dernière discussion sur l'occlusion intestinale ; enfin son emploi est tellement général parmi les chirurgiens anglais qu'on peut lui donner le nom de méthode anglaise.

L'emploi des purgatifs est plein d'inconvénients ; ils exagèrent les douleurs et le ballonnement du ventre ; ils entretiennent les vomissements et hâtent le développement de la péritonite.

Au contraire, soumet-on le malade à la diète et aux opiacés, les vomissements sont supprimés, l'intestin est maintenu immobile, les douleurs cessent, et l'éclosion de la péritonite en est retardée. Il y a donc tout intérêt pour le malade à employer cette méthode de traitement. J'ajoute qu'elle est également très favorable au diagnostic ; le ballonnement du ventre étant évité, on peut beaucoup plus aisément palper l'abdomen en tous sens, combiner le palper abdominal au toucher vaginal et au toucher rectal et recueillir des renseignements précis au sujet du siège et de la nature de l'occlusion. L'observation que nous venons de rapporter en est un exemple ; chez notre malade, nous ne sommes intervenus que douze jours après le début des phénomènes d'occlusion (la dernière garde-robe avait eu lieu le 7 octobre et la laparotomie a été pratiquée le 19) ; et pendant tout ce temps, le ventre est resté souple, il n'y a jamais eu de ballonnement.

Enfin, il est à peine besoin d'insister sur les avantages considé-

rables du traitement par la diète et les opiacés dans l'occlusion intestinale, au point de vue de l'intervention chirurgicale. Chacun sait que la plus grande difficulté dans la laparotomie pour occlusion résulte de la protrusion au dehors des anses intestinales distendues qui viennent s'épanouir à la surface de l'abdomen, et dont la réduction est pleine de difficultés et de dangers. En l'absence de tympanisme, les recherches deviennent infiniment plus simples, l'opération plus facile et moins périlleuse. Il y a donc, selon nous, un très grand intérêt à répandre ces notions et à condamner l'emploi des purgatifs, qui, entre les mains d'un très grand nombre de médecins, jouent encore un rôle dans le traitement de l'occlusion intestinale.

M. Segond. Pas plus en chirurgie qu'autre part, il ne faut dire ni *jamais* ni *toujours*; M. Championnière tendrait à me prêter des opinions absolues qui sont loin de mon esprit, et à laisser croire que, dans ma pensée, la voie vaginale ne donne que facilité et agrément. Comme lui, je sais fort bien que toutes ces opérations ne sont souvent pas plus commodes d'un côté que de l'autre, et je ne dois pas laisser dire que je les trouve toujours faciles.

A M. Pozzi, je dirai : certainement, on doit modifier le manuel opératoire suivant les cas, et si l'on veut bien tenir compte d'un précepte que je défends, on ne risquera pas de commencer l'opération par la fin. Toutes les fois qu'une grosseur quelconque fait saillie dans un cul-de-sac, c'est cette grosseur que je vise, sans me préoccuper de l'utérus, et, suivant les circonstances, celui-ci sera respecté ou enlevé. Il n'y a rien d'absolu dans tout cela, et on a tort de me faire dire le contraire. Bien sûr, il est trop tard d'examiner si on a commencé par enlever l'utérus ; mais c'est précisément ce que je ne fais pas, et c'est pour le dire que j'ai cru devoir prendre une part active à cette discussion.

Communication.

Note sur la valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin,

Par M. A.-H. Marchand.

M. Richelot et quelques autres membres de la Société de chirurgie ont communiqué, il y a quelques semaines, les résultats des opérations d'hystérectomie vaginale pratiquées par eux depuis la discussion de 1888.

A cette dernière date, je n'avais trouvé que de rares occasions de pratiquer cette opération. Les circonstances m'ont mieux servi depuis, et à partir du mois d'août 1889 jusqu'à ce jour, j'ai fait quinze nouvelles hystérectomies.

C'est l'expérience que m'a fournie cette dernière série que je me propose de vous exposer brièvement en visant deux points spéciaux : 1° la mortalité opératoire ; 2° les résultats éloignés, ou mieux thérapeutiques, que donne l'intervention.

Je ne veux point imposer à nos Bulletins le récit détaillé de mes quinze observations. Je crois indispensable pourtant de donner un résumé succinct de chacune d'elles, en n'insistant que sur les particularités qui offrent quelque intérêt et seront comme les pièces justificatives des déductions qu'il est possible d'en tirer.

I. — Le premier cas de la série a trait à une femme de 38 ans opérée au mois d'août 1889, au moyen de pinces-clamp, et sans bascule de l'utérus. Col végétant volumineux, saignant avec la plus grande facilité. Lésion s'arrêtant au niveau de l'isthme. Guérison opératoire rapide. Cette malade n'a pas été revue.

II. — Femme de 37 ans opérée le 28 novembre 1889, à St-Antoine. Col dur, très volumineux, infiltré. Lésion limitée à l'isthme. Guérison rapide. — Au mois de mars 1890, la malade était en pleine récidive. Tumeur abdominale ; phlegmatia alba dolens à droite ; douleurs iléo-lombaires très pénibles. Mort au mois de mai 1890, sept mois après l'opération.

III. — D. Z..., 42 ans, opérée le 16 mai 1890 à St-Louis. Col largement excavé. Guérison opératoire sans incidents. Au bout de deux mois, fin juillet, début de récidive sous forme d'un bourgeon saignant au centre de la cicatrice. L'induration devient, en quatre mois, une tumeur bosselée volumineuse remplissant le petit bassin, malgré l'extirpation du bourgeon et cautérisation au chlorure de zinc de son point d'implantation. Douleurs pelviennes et génito-crurales : a dû succomber dans un hospice où la malade fut admise.

IV. — C. S..., 44 ans, opérée le 9 juin 1890 à St-Louis. Guérison sans aucun incident, si ce n'est des douleurs insupportables, suivies d'un état syncopal assez prolongé, que causa le premier lavage qui suivit l'ablation du tampon iodoformé. Cet incident n'eut aucune influence sur la marche régulière vers la guérison. J'ai revu cette malade, qui habitait la province, au mois de février 1891, en pleine récidive : tumeur pelvienne, ulcérée du côté du vagin, donnant lieu à un écoulement ichoreux abondant.

V. — A. C..., 30 ans, opérée à St-Louis, le 21 octobre 1890. L'opération est rendue difficile en raison de l'étroitesse et de la rigidité excessives du vagin. Guérie sans élévation aucune de la température.

Cette malade est revue deux mois après sa sortie en pleine récidive, en février 1891. Tumeur pelvienne, ulcérée, donnant lieu à des écoulements ichoreux d'une extrême fétidité. L'état était tel qu'un confrère des environs de Paris conservait des doutes sur la nature de l'opération qui avait été pratiquée. Les débuts de la récidive furent marqués par des douleurs iléo-lombaires atroces et qui ne cessèrent qu'après l'ulcération de la tumeur abdominale.

VI. — M. E..., 24 ans, opérée le 5 octobre 1890 à St-Louis. Guérison opératoire des plus simples sans élévation de température. Les suites furent encore plus déplorables que chez les malades précédentes. Cette malheureuse jeune femme eut une récidive presque immédiate, et dont l'évolution s'accompagna de souffrances telles qu'on en fut réduit à lui faire absorber des doses énormes de chlorhydrate de morphine (0,60 par jour). Elle a dû succomber à la Maison municipale de santé, où des personnes charitables l'avaient fait admettre.

VII. — H. A..., 38 ans, opérée le 19 décembre 1890. Col largement détruit ; utérus très volumineux ; muqueuse du corps très congestionnée, ramollie, souillée par du mucus sanglant. Guérison opératoire sans incidents. Je n'ai pu, jusqu'à ce jour, avoir de ses nouvelles.

VIII. — Q. H..., 56 ans. Épithélioma intra-cervical ; la cavité du col est creusé d'une cavité qui peut loger la première phalange de l'index. Hystérectomie le 3 mars 1891. Le corps de l'utérus a conservé un volume presque normal. Malgré l'âge avancé de la malade, guérison sans incidents. Revue le 3 décembre. Quoique la malade accuse un grand état de faiblesse et présente une teinte cachectique accentuée, je ne constate aucune trace de récidive vaginale ou abdominale.

IX. — Q. A..., 34 ans, malade depuis un an. Col volumineux végétant ; pertes de sang assez abondantes, douleurs iléo-crurales depuis quatre mois ; opérée à St-Louis le 25 mars 1891. Opération facile. Guérison sans incidents. A été revue le 15 novembre dernier. Ne présente encore aucune trace de récidive.

X. — D. A..., 31 ans, malade depuis un an. Opérée le 5 juin 1891. Col très volumineux, mais parfaitement isolé par une couche de tissu paramétral, sain d'apparence ; corps volumineux ; muqueuse saine. Revue en août avec le début d'une récidive qui s'accompagne de douleurs très vives et qui semble devoir marcher rapidement, car la malade, en bon état apparent au moment de l'opération, a beaucoup maigri et est déjà cachectique.

XI. — D. M..., 41 ans, col végétant, très volumineux, saignant au moindre contact ; paramètre gauche induré ; malgré cela l'état général n'a pas encore beaucoup souffert. Opérée le 2 septembre avec quelques difficultés provenant de la résistance du paramètre induré. La guérison a lieu sans incident et la malade sort le 25 septembre. Je l'ai revue aujourd'hui 22 décembre en très bon état.

XII. — B. C..., 51 ans, a subi l'hystérectomie pour un corps fibreux inséré au fond de l'utérus. La malade avait des pertes abondantes, et il eût été impossible d'agir directement sur le fibrome. Guérison sans aucun incident. J'ai signalé cette malade parce qu'elle a subi l'hystérectomie vaginale comme s'il s'était agi d'un cancer, et dans des conditions générales très mauvaises.

XIII. — L. T..., 47 ans, opérée le 11 décembre 1891, à Saint-Louis. Pertes de sang abondantes depuis cinq mois, et presque constantes. Depuis six semaines, pertes ichoreuses et fétides. La malade est maigre et son aspect fortement anémique. Gros col bourgeonnant; la lèvre inférieure fait une saillie considérable; la postérieure est presque détruite. Mobilité restreinte de l'utérus, qui ne s'est abaissé que difficilement et incomplètement. L'opération a été la plus laborieuse de celles que j'ai pratiquées, et a duré 40 minutes. Nonobstant, les suites ont été très bénignes. Le cinquième jour, la température a atteint 38°,6; le treizième, 38° le soir. La malade est sortie complètement guérie de l'opération le 9 de ce mois (janvier 1892).

XIV. — D. M..., 31 ans. Pertes blanches depuis deux ans. Depuis six mois, pertes roussâtres incessantes. Entrée le 13 décembre 1891, elle présente un col volumineux, lisse extérieurement; le museau de tanche ulcéré conduit dans la cavité cervicale très agrandie, tapissée de bourgeons friables et hémorragiques. Culs-de-sac libres. Opérée le 30 décembre 1891. Opération facile en 20 minutes. Guérison sans incident; aucune élévation de température. La malade est encore actuellement salle Gosselin, mais en pleine convalescence.

XV. — L. S..., 37 ans. Pertes blanches depuis deux ans, mais qui précèdent et suivent l'époque pendant quelques jours, s'arrêtant pendant l'époque intermenstruelle. Hémorragies depuis le mois de juillet 1890, perd constamment en rouge depuis le mois d'octobre. Pas de douleurs pelviennes ou iléo-lombaires. Col volumineux, dur, comme infiltré; museau de tanche élargi, entouré de trois bourgeons saillants, durs, saignant au moindre contact. Utérus volumineux mais mobile. Hystérectomie le 5 janvier. Suites opératoires normales. A eu 38°,6 le soir du troisième jour, et 38°,2 le soir du sixième jour. Peut être considérée comme en pleine convalescence, aujourd'hui 13 janvier. (Sort le 27 janvier.)

L'utérus, très volumineux, mesurait 13 centimètres de diamètre vertical. Le col jusqu'à l'isthme était dur et comme infiltré. La lèvre avait l'aspect du squirrhe lardacé de la mamelle. La muqueuse du corps était considérablement hypertrophiée, mesurait 4 millimètres d'épaisseur, était mobile sur le tissu qu'elle tapisse; sa consistance est mielleuse, comme myxomateuse; elle présente pourtant une certaine résistance, et ne se laisse point détruire facilement par le raclage. La lésion de cet utérus m'ayant semblé différer de toutes celles que j'avais observées jusque là, je présentai la pièce à l'examen de MM. Ranvier et Suchard. L'examen de M. Suchard, confirmé par M. Ranvier, a

démontré que la tumeur en question est un *épithéliome pavimenteux tubulé* ayant pris naissance au niveau du col dans sa portion vaginale. Les cylindres épithéliaux infiltrent l'utérus profondément. Il existe concomitamment une métrite du corps dont la muqueuse est très enflammée, vasculaire, en même temps que les glandes sont allongées.

Je n'ai que peu de remarques à faire au point de vue opératoire ou sur la marche du processus curateur. Je me suis servi dans ces 15 derniers cas des pinces à clamp : deux ont été appliquées de chaque côté, une sur l'artère utérine, la seconde sur le ligament large. J'ai abandonné complètement la bascule de l'utérus qui compliquait l'opération et était souvent une cause d'infection, bien que je prisse le soin, comme je le fais encore aujourd'hui, d'enlever avec la curette toutes les végétations, tout le tissu ramolli, sous un jet de liqueur de Van Swieten. Le second temps de l'opération, l'incision du vagin, n'est exécuté qu'après ce curettage aseptisant. Le cul-de-sac vésico-utérin ouvert, je pénètre dans le cul-de-sac de Douglas par une incision longitudinale qui, rapidement exécutée, me permet de saisir les deux moitiés de la paroi postérieure du vagin avec des pinces tire-balles, et de désinsérer le col au moyen de deux coups de ciseaux, qui intéressent les paramètres du même coup assez profondément, en sectionnant les replis utéro-sacrés. L'extraction de l'utérus complétée, je ne fais aucune suture ; je lave largement le péritoine pelvien avec l'eau boriquée chaude et j'introduis jusqu'au cul-de-sac péritonéal, entre les pinces à clamp, un drain de Mikulicz.

Les malades sont sondées les premiers jours. Les pinces sont retirées au bout de trente-six heures ; le tampon, à la fin du troisième jour.

La température est restée presque toujours normale; exceptionnellement elle atteint 38° au cours du traitement; mais cela presque toujours à la suite d'une négligence dans les lavages. J'ai également observé dans quelques cas une légère distension gazeuse de l'intestin, vers le troisième jour, avec un ventre néanmoins souple et indolent. L'ablation du tampon et un lavement laxatif ont toujours eu raison de cet incident que je suppose être en grande partie causé par la pression du tampon iodoformé sur le rectum.

Dans un seul cas, et pour un utérus volumineux de 14 centimètres de diamètre vertical, j'ai facilité l'extraction en pratiquant la section verticale médiane conseillée depuis des années par Müller, et ressuscitée dans ce dernier temps, à propos de l'extirpation de l'utérus dans les suppurations pelviennes.

Tous les utérus que j'ai extirpés présentaient des lésions du

col très profondes, dont la véritable nature ne pouvait laisser prise au doute. Dans aucun cas, ainsi que je l'ai fait remarquer chaque fois à mes assistants, les lésions ne dépassaient l'isthme cervical.

Mes quinze opérées ont survécu à leur opération ; aucune n'a présenté pendant la guérison un accident sérieux, bien que dans quatre cas j'aie rencontré de vraies difficultés dues une fois au volume excessif de l'utérus, une fois à la rigidité et à l'étroitesse du vagin, deux fois à un envahissement néoplasique ou inflammatoire des paramètres.

Je me crois donc en droit de conclure des faits précédents : ou que j'ai eu affaire à une série particulièrement heureuse, ou, ce qui est plus vraisemblable, que l'hystérectomie vaginale n'offre pas une gravité considérable, si elle est exécutée rapidement, avec méthode, et dans des cas qui ne sont vraiment point au-dessus de ce qu'elle peut fournir. Cette opinion est corroborée par les statistiques récentes provenant de l'étranger. Martin (de Berlin) estime que la mortalité de l'hystérectomie vaginale, entre des mains habiles, n'est que de 10 0/0.

A la clinique gynécologique de Breslau, Tannen l'évalue à 9 0/0. Sa statistique porte sur 103 cas exécutés dans des conditions identiques à la clinique gynécologique de Breslau. Elle constituerait donc une ressource thérapeutique de premier ordre si elle tenait ce qu'elle semble organiquement promettre.

L'expérience de chaque jour démontre malheureusement combien il faut rabattre des espérances qu'elle avait fait naître, et il faudrait aujourd'hui un vigoureux enthousiasme pour oser parler de la guérison radicale du cancer de l'utérus. Ici, comme pour bien d'autres lésions, les exérèses les mieux comprises, les plus étendues, ne mettent point à l'abri des récidives. Deux de mes malades n'ont point été retrouvées. Trois sont sans récidive : deux depuis neuf mois, une depuis trois mois. La dernière opérée est encore dans mes salles.

Chez les six autres, la récidive a suivi de très près la guérison opératoire. Elle s'est accompagnée des douleurs pelviennes et iléo-lombaires qui rendent si pénibles les dernières périodes du cancer utérin. Elle a déterminé des écoulements ichoreux abondants et fétides dans quatre cas ; l'opération n'a pas même, en somme, procuré cette accalmie, qui est la justification des opérations palliatives conseillées dans le cancer d'autres organes.

Je reste convaincu, comme en 1888, que les masses néoplasiques de récidive, assez volumineuses souvent pour remplir le petit bassin et déborder le détroit supérieur, proviennent du tissu cellulaire péri-utérin. C'est dans le tissu péri-cervical qu'elles prennent

naissance, pour de là gagner les moignons des ligaments larges, et par eux le tissu cellulaire du petit bassin, ainsi que les divers groupes ganglionnaires pelviens et lombaires qui y sont inclus.

Ce fait explique que le début de la reproduction épithéliale se manifeste ou par un bourgeon végétant, reposant sur la cicatrice elle-même, ou par une induration sous-vaginale; car ce n'est point le vagin lui-même qu'il faut incriminer, mais le tissu cicatriciel qui le dédouble et renferme les débris du tissu paramétral infecté.

J'ai pu suivre cette marche du mal pas à pas chez une malade que je revoyais fréquemment. J'avais dans ce cas pratiqué l'amputation sus-vaginale. Je pus observer bientôt que le moignon utérin était resté intact, alors qu'existaient déjà deux énormes tumeurs latéro-utérines, qui finirent par s'ulcérer sur les côtés de la cicatrice cervicale. Lorsque l'hystérectomie a été suivie de ces survies notables, que l'on retrouve également à la suite des guérisons obtenues par les méthodes rivales, on est en droit de se demander si elles sont dues au mode opératoire lui-même, ou bien à une moindre malignité de l'affection, à la période à laquelle cette dernière en est arrivée.

Je suis convaincu que ce n'est point la récidive dans le moignon utérin qui est tant à craindre après les amputations du col sus et sous-vaginales. Je pense qu'il existe une certaine dose d'exagération dans l'opinion des chirurgiens qui veulent que pour la moindre lésion, j'entends la plus récente et la mieux limitée, il n'existe d'autre planche de salut que dans l'extirpation de la totalité de l'organe.

Ce n'est pas que je considère l'hystérectomie vaginale comme sensiblement plus dangereuse que les amputations élevées du col; mais, d'autre part, je ne vois aucune utilité à sacrifier le tout, lorsque l'amputation d'une partie est suffisante: on augmente ainsi sans bénéfice pour les malades le degré de mutilation que l'action chirurgicale leur inflige.

Il est encore un motif moins abstrait si l'on veut, c'est celui de la stérilité fatale qui suit l'ablation de l'utérus. Des femmes qui avaient subi l'amputation du col pour des néoplasmes malins ont pu concevoir et accoucher. Je sais que ce dernier acte ne s'est pas toujours accompli dans des conditions très favorables; mais il suffit de savoir que certain nombre de ces opérées a pu mener à bien grossesse et accouchement.

Pour terminer, je crois devoir répéter à nouveau que les longues survies à la suite des opérations exérésiques dirigées contre le cancer utérin tiennent moins aux procédés opératoires eux-mêmes qu'à des conditions spéciales de bénignité ou de malignité qui ne sont pas toujours en rapport avec la simple

structure histologique du néoplasme. Il importe donc de faire un choix entre les méthodes et de ne pas appliquer aveuglément une même intervention à toutes les manifestations du mal ; qu'elles soient récentes ou de date ancienne, très limitées ou franchement envahissantes, à début vaginal ou cervico-utérin, il n'est point indifférent d'infliger quand même à certaines malades, celles qui n'ont pas dépassé l'âge de la ménopause notamment, une perte aussi sensible que doit l'être celle de l'organe gestateur en totalité, organe que l'on s'habitue trop à considérer comme un facteur négligeable dans l'organisme féminin.

Communication.

Contusion de l'abdomen; perforation intestinale; laparotomie; guérison.

Par M. Michaux, chirurgien des hôpitaux.

(Commission : MM. Terrillon, Segond, Jalaguier, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 3 février 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de MM. Ricard et Michaux, demandant à être inscrits sur la liste des candidats au titre de membre titulaire ;

3° *Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales*, par MM. Jamain et Terrier ; 3e édition, par MM. Terrier, Broca et Hartmann, t. IV, 2e fascicule ;

4° *De la chloroformisation à doses faibles et continues*, par M. Marcel Baudouin ;

5° *De l'hydronéphrose intermittente*, par MM. Terrier et M. Baudouin.

Communication.

Statistique des opérations pratiquées du 1er *janvier* 1891 *au* 1er *janvier* 1892.

Par le Dr Delagénière (du Mans), membre correspondant.

M. Delagénière communique la statistique des opérations pratiquées par lui du 1er janvier 1891 au 1er janvier 1892, s'élevant au chiffre total de 215, donnant en tout 13 morts opératoires, et la fait suivre des réflexions suivantes :

Sur ces 13 cas de mort, 5 ont été manifestement la conséquence de l'affection primitive (1 croup, 2 péritonites puerpérales, 1 anthrax chez un diabétique et 1 perforation de l'intestin).

Les 8 autres cas peuvent se répartir ainsi : 3 étaient primitivement infectés (occlusion intestinale, hystérectomie vaginale, basiotripsie), et 5 non infectés, parmi lesquels 2 furent opérés *in extremis* (bec-de-lièvre, ovarite aiguë).

Le plus grand nombre de ces opérations ont été faites à la maison de santé des sœurs de l'Enfant-Jésus, au Mans.

Là, toutes les précautions antiseptiques sont rigoureusement prises, non seulement pendant l'opération, mais après l'opération pour les soins consécutifs. Aussi ne doit-on pas s'étonner des résultats obtenus.

C'est ainsi que 154 opérations, parmi lesquelles toutes les laparotomies, toutes les hystérectomies vaginales, enfin toutes les opérations graves, n'ont donné que 6 morts, tandis que 61 opérations faites en ville ou à la campagne ont fourni 7 morts.

Ces faits, du reste, viennent confirmer l'opinion de la plupart des chirurgiens éminents de notre époque, opinion que je formulerai ainsi : *L'idéal serait d'opérer toujours dans un milieu approprié, entouré d'un personnel médical et auxiliaire spécialement dressé.* En effet, toute opération, quelle qu'elle soit, faite chez les particuliers, présente toujours un aléa en ce qui concerne les soins préliminaires, et l'observation stricte de la méthode antiseptique

pendant et après l'opération. Ce qui revient à dire que les risques courus par le malade seront toujours plus sérieux, toutes choses étant égales.

Malgré tout, je n'ai pas été complètement exempt d'accidents septiques. Quatre fois j'ai eu des abcès de la paroi abdominale après des laparotomies ; une résection du genou a suppuré, ainsi que deux autres malades opérées l'une d'une cure radicale de hernie, une autre d'une castration.

Chez la plupart de ces malades, les accidents ont été causés par un mauvais état de la peau qui en avait rendu l'asepsie difficile.

J'ai toujours eu recours, pour toutes ces opérations, à l'anesthésie par le chloroforme de Dumouthiers, et je n'ai pas eu un seul accident, ce que j'attribue d'une part à la pureté parfaite du chloroforme, et d'autre part à la méthode dite *des doses faibles et continues*.

Jamais je n'ai employé la cocaïne en injections hypodermiques, même pour les petites opérations.

J'en ai pourtant fait usage pour les rares interventions que j'ai pratiquées sur la cornée et l'iris.

Enfin j'ai toujours pratiqué toutes mes laparotomies sur le plan incliné.

Rapport.

Sur deux observations de fistule branchiale, par le Dr Ch. Février, médecin-major de 2e classe.

Rapport par M. Paul Berger.

La première des observations que vous a communiquées M. le Dr Février concerne une double fistule branchiale de la région sous-hyoïdienne, observée chez un jeune militaire. L'une de ces fistules (celle du côté gauche) était oblitérée; mais le siège de l'ancien orifice, situé en avant du sterno-mastoïdien au même niveau que l'orifice symétrique de la fistule du côté opposé, le cordon plein qui lui faisait suite et qui se dirigeait vers l'os hyoïde, les accès de toux que déterminait son exploration, enfin l'ascension de la cicatrice dans les mouvements de déglutition, indiquent assez qu'il s'agissait bien des restes d'une fistule congénitale de la partie latérale du cou, spontanément guérie. Du côté droit, la disposition de la fistule, qui appartenait à la variété borgne externe, reproduisait tous les caractères classiques des fistules branchiales de cette région ; aussi renvoyons-nous pour les détails à l'observation de M. le Dr Février. Ce qu'il importe surtout de retenir, ce sont les

symptômes fonctionnels que déterminait l'exploration du trajet fistuleux, symptômes beaucoup plus marqués que ceux qu'on observe d'ordinaire dans les cas de ce genre; c'étaient :

1° Un écoulement assez abondant de muco-pus qui se produisait également dans les mouvements de déglutition ;

2° Des accès de toux sèche d'autant plus intenses qu'on agissait avec plus d'insistance sur le trajet ;

3° Une pâleur très marquée de la face et des sueurs abondantes qui se produisaient pendant ces explorations ;

4° L'intermittence des bruits du cœur et du pouls, caractérisée par un arrêt survenant toutes les 4 ou 5 pulsations.

M. Février rapporte avec raison ces troubles fonctionnels à l'excitation du nerf pneumogastrique et de ses branches (nerf laryngé supérieur), dont les relations avec le développement du 4e arc branchial sont bien connues.

Quoique les faits de fistule branchiale de la région sous-hyoïdienne ne soient pas très rares, je crois utile de consigner ici la relation du seul cas de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer, malgré ce que cette observation présente d'incomplet, le malade porteur de la lésion ayant refusé d'entrer à l'hôpital.

Kyste congénital du cou consécutif à une fistule branchiale occupant la partie latérale de la région sous-hyoïdienne.

Un jeune ouvrier typographe, âgé de 16 ou 17 ans, se présenta le 16 août 1878 à la consultation de l'hôpital de la Charité, où je suppléais le professeur Gosselin. Les commémoratifs pris de la façon la plus exacte permettaient d'affirmer que l'affection qu'il portait était des plus anciennes, car, affirmait-il, vers l'âge de 3 ou 4 ans, il avait eu à la région qui était le siège de l'affection un abcès suivi d'un écoulement persistant de liquide pendant plusieurs années.

L'aspect de la lésion est tout à fait caractéristique : près de la ligne médiane du cou, à un travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale, immédiatement en avant du chef interne du sterno-mastoïdien du côté gauche, est une tumeur globuleuse, fluctuante, grosse comme une noisette, à parois minces, et laissant voir par transparence un liquide clair comme de l'eau de roche. Cette tumeur ovoïde, à grand axe oblique en haut et en dehors, était comme enchâssée dans un repli cutané de forme ogivale, à convexité supérieure, au-dessus du quel les téguments du cou se déprimaient fortement, et dont les deux piliers venaient s'irradier jusqu'à la région présternale.

Profondément, par la palpation, on constatait que la tumeur, située au fond de ce repli, se continuait avec un cordon dur, remontant sur le côté gauche de la trachée, puis du larynx, tout en restant indépendant de ces organes. Ce cordon, gros comme une plume de corbeau, à mesure qu'il remontait, devenait plus latéral et en même temps plus

profond, et il venait enfin aboutir à la base de la petite corne de l'os hyoïde, au niveau de laquelle il paraissait adhérer à cet os. Dans les mouvements de déglutition, ce cordon s'élevait en entraînant en haut la tumeur fluctuante, et l'on voyait la dépression circonscrite par le pli cutané où elle était logée se creuser davantage. Il n'y avait pas de phénomènes fonctionnels. Ce jeune homme, auquel j'avais donné un billet d'admission, ne s'est pas représenté à l'hôpital : il est probable que le kyste dans lequel s'était transformé la fistule branchiale qu'il portait se rompit spontanément le jour même ou peu de temps après, car il était très distendu par le liquide qu'il renfermait.

Si l'on voit les kystes congénitaux du cou se transformer en fistules par la rupture de leur paroi, inversement on peut voir les fistules se transformer en kystes par l'oblitération spontanée de leur orifice extérieur : M. Lannelongue, dans son *Traité des affections congénitales* (voy. t. I, Tête et Cou, p. 221), cite des exemples de cette transformation. Il n'est pas douteux que chez le jeune homme qui fait le sujet de l'observation précédente une fistule branchiale de la région sous-hyoïdienne n'ait subi cette évolution; le kyste que nous avons examiné se continuait, en effet, avec un cordon présentant tous les caractères des fistules branchiales, et il est plus que probable que la rupture spontanée de l'enveloppe de ce kyste l'aura de nouveau et peu après transformé en fistule.

La seconde observation de M. Février nous présente un exemple d'une variété beaucoup plus rare de fistule branchiale : il s'agit d'une *double fistule congénitale préauriculaire* se dirigeant vers l'extrémité antérieure de l'hélix et se rattachant à un défaut d'oblitération de la première fente branchiale.

Tandis que, du côté gauche, l'affection n'était constituée que par un petit orifice fistuleux situé en avant de l'hélix et conduisant dans une poche sous-cutanée de peu d'étendue, du côté droit, un trajet analogue et symétrique au précédent se compliquait d'une cavité sous-cutanée située plus bas et en avant de l'orifice, communiquant avec lui par un trajet rétréci, de telle sorte que la pression exercée sur cette sorte d'abcès faisait refluer le muco-pus par l'orifice du trajet fistuleux.

Le siège bilatéral et symétrique de cette singulière lésion, son origine qui permettait de la faire remonter aux premières années de la vie, la constitution de la membrane tégumentaire qui tapissait sa cavité et que M. Février put examiner à loisir, après avoir incisé le trajet fistuleux, lui firent conclure avec raison qu'il s'agissait de fistules congénitales se rattachant à un arrêt de l'évolution de la première fente branchiale. M. Février n'a pu retrouver qu'un fait analogue cité par Heusinger ; mais, depuis sa communication, est paru l'important traité de M. Lannelongue sur les affections

congénitales de la tête et du cou, traité qui contient la relation d'un assez grand nombre de cas du même ordre.

Parmi ceux-ci, il en est même un, figuré par M. Lannelongue à la page 231, qui reproduit toutes les particularités de l'observation de M. Février; comme dans celle-ci, le trajet fistuleux aboutissant à l'extrémité antérieure de l'hélix se compliquait d'une cavité accessoire, sorte de kyste situé en avant du tragus.

L'influence héréditaire, marquée dans le cas de M. Février par ce fait que la sœur du malade ainsi que l'un de ses enfants présentaient une malformation identique à celle qu'il portait lui-même, se retrouve dans plusieurs observations de Schmitz et de sir James Paget. Elle confirme les notions que l'on possède sur l'origine congénitale de ces trajets fistuleux.

Pour guérir son malade, M. Février a eu recours à l'incision large de la fistule et de la poche accessoire qui communiquait avec elle, au curetage et à la cautérisation au thermocautère de la surface interne, afin d'obtenir la destrcution complète de son revêtement tégumentaire. Nous préférerions, en pareil cas, en pratiquer la dissection, si difficile que celle-ci puisse être, afin d'éviter le plus possible que cette petite opération ne laisse des traces visibles.

Je n'insiste pas davantage sur le détail de ces observations très intéressantes qui méritent de prendre place dans nos bulletins. L'on trouvera dans l'ouvrage de M. Lannelongue que nous avons cité tous les renseignements relatifs aux cas antérieurement publiés et à l'histoire de la malformation qu'ils concernent.

Messieurs, je vous propose : 1° de remercier M. Février de sa communication ; 2° de publier son mémoire dans le Bulletin ; 3° de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant national.

Discussion.

M. Le Dentu. J'ai observé en 1890 à Baujon un fait semblable à celui de M. Berger : Un homme de 25 à 30 ans présentait une fistule en avant de l'oreille droite et en avant de la fistule une poche de la surface environ d'une pièce de 2 francs qui était le siège d'accidents aigus. Un stylet penchait dans la poche dont l'orifice était très étroit. L'incision de cette poche mit fin aux accidents aigus et le malade quitta l'hôpital avant que j'aie pu faire l'extirpation du kyste que je me proposais. Je suis en effet d'avis de traiter par l'extirpation ces trajets congénitaux; c'est le seul moyen d'éviter la récidive.

M. Marchand. J'ai observé également une fistule congénitale

préauriculaire et une autre siégeant en avant de l'os hyoïde. Dans le premier cas, ce trajet remontait vers la conque de l'oreille; un stylet rencontrait au bout d'un centimètre une dilatation, puis un point rétréci. La partie dilatée n'était autre chose qu'un véritable kyste dermoïde contenant des poils et de la matière sébacée et intermédiaire aux deux trajets.

Dans le deuxième cas, il s'agissait du fistule du cou qu'on croyait avoir succédé à un abcès. Le stylet pénétrait profondément jusqu'au pharynx; je fis deux tentatives pour extirper le trajet; mais la malade n'a pas guéri et aurait, paraît-il, subi une troisième opération suivie de succès.

Enfin, j'ai vu une fistule médiane congénitale s'ouvrant au niveau de la fourchette sternale et dans laquelle un stylet remontait jusqu'à l'os hyoïde. J'ai pu disséquer tout ce trajet sur le stylet laissé en place, faire la réunion et obtenir une guérison parfaite.

M. Peyrot. J'ai vu un cas semblable de fistule préauriculaire et sur la joue une petite collection lactée purulente recouverte d'une peau rouge et amincie ulcérée en un point, comme une gomme. Je me demandai même s'il ne s'agissait pas d'une adénopathie du ganglion préauriculaire. Mais la malade qui avait une trentaine d'années nous affirma que son affection datait de l'enfance et que la poche s'était développée par suite de la rétention de son contenu; j'ai extirpé la fistule et gratté la petite ulcération à la curette, sans que j'aie pu voir la communication entre ces deux parties.

M. Routier. Dans un cas analogue de fistule branchiale congénitale où le trajet, très long, remontait de la partie externe du sterno-cléido-mastoïdien jusqu'à l'os hyoïde, le professeur Le Fort traita la malade par l'électrolyse et obtint la guérison après un assez grand nombre de séances.

M. Schwartz. J'ai observé un cas dans lequel une fistule conduisait dans une grande cavité rétro-sternale du volume environ d'une petite orange. La dissection que j'avais entreprise dut s'arrêter à cause du voisinage des gros vaisseaux; je dus me contenter de faire un tamponnement de la poche avec une solution faible de chlorure de zinc; j'ai perdu la malade de vue et je ne sais si elle a été guérie.

M. Berger. Ces faits de fistule branchiale s'accompagnant d'un petit kyste situé en avant d'elle sont donc moins exceptionnels qu'ils ne paraissent. Au contraire, le cas de M. Marchand dans lequel on a trouvé un kyste dermoïde sébacé avec poils me paraît unique; je ne connais pas non plus de fait dans lequel il y

avait communication avec le conduit auditif externe. Le cas de M. Schwartz est également très rare.

Les fistules *médianes* du cou sont tout à fait différentes des fistules latérales et sont plus fréquentes. Dans divers cas de ce genre j'ai obtenu la guérison après une dissection laborieuse et ouverture du pharynx. Le traitement par l'électrolyse serait peut-être préférable et aurait l'avantage de ménager la peau.

Les conclusions du rapport de M. Berger sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Deux observations de fistules branchiales.

Par M. Ch. Février, médecin-major de 2e classe.

Nous venons d'observer presque simultanément deux variétés de fistules branchiales ; l'une répond aux types déjà décrits, mais présente certaines particularités intéressantes qui nous paraissent dignes d'être signalées; l'autre nous semble constituer une variété peu commune en raison de son siège; et, à notre connaissance, il n'existe dans la littérature médicale qu'un fait analogue : celui de Heusinger.

Obs. I. — Le nommé D..., âgé de 22 ans, charretier, est un homme de constitution vigoureuse. Il est incorporé depuis l'année dernière au 72e de ligne. Pas d'antécédents scrofuleux personnels ou héréditaires. Il a fait dans son enfance une maladie grave, sur laquelle il ne peut donner de détails.

A l'âge de 5 ans, d'après les renseignements fournis par les parents, il eut, sur le côté gauche du cou, *un petit abcès qui aurait coulé jusqu'à l'âge de* 10 *ans*, et qui à cette époque se serait fermé. A l'âge de 15 ans, le malade à vu s'ouvrir à droite, sur un point symétrique du précédent, un autre abcès qui ne s'est jamais fermé. Comme l'orifice donnait rarement du liquide et gênait médiocrement le malade, il n'a pas réclamé au conseil de revision.

Au commencement de mars 1889, le malade se présente à nous dans l'état suivant :

Au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit, au point où viendrait aboutir une ligne horizontale rasant le bord inférieur du cartilage cricoïde, on voit un orifice pouvant à peine admettre une bougie filiforme.

Cet orifice siège au centre d'une tache brune du diamètre d'une pièce de 50 centimes, et présente quelques petits plis qui viennent aboutir à l'orifice même. Lorsque le malade fait des mouvements de

déglutition, l'ouverture se déprime et prend l'aspect d'uu infundibulum dont le sommet se dirige en haut. Par cette ouverture, s'écoule, dans certaines circonstances sur lesquelles nous allons revenir, un liquide muqueux, louche, non franchement purulent.

Si l'on vient *à palper* la région malade, on sent distinctement, à partir de l'orifice, un cordon irrégulier du volume d'un intestin de poulet. Ce cordon remonte directement vers la grande corne de l'os hyoïde où on le seut se perdre. Il semble dilaté et rétréci par place. Lorsqu'on le presse entre les doigts, on voit chaque fois se produire les phénomènes suivants :

1° Écoulement assez abondant de muco-pus. Cette issue de liquide se produit encore dans les mouvements de déglutition ;

2° Accès de toux sèche, d'autant plus prouoncé qu'on serre davantage le trajet;

3° Pâleur très marquée de la face avec sueurs abondantes;

4° Intermittence des bruits du cœur et du pouls, survenant en moyenne toutes les 4 ou 5 pulsations.

Le trajet est exploré d'abord avec une bougie fine, et ensuite avec un stylet de trousse. Il est impossible d'enfoncer l'instrument à plus de 5 centimètres de profondeur. Malgré toutes les manœuvres répétées plusieurs fois avec douceur, on bute contre un plan élastique qui se laisse déprimer, mais ne permet pas le passage de l'instrument. Cette exploration n'est pas à proprement parler douloureuse; mais elle est cependant pénible par les accès de toux qu'elle provoque, la tendance syncopale et l'espèce d'angoisse qu'éprouve le sujet.

On pousse alors doucement dans le trajet une solution de sulfate de quinine au 20e, et bien qu'on sente ce trajet complètement rempli, *le malade ne ressent aucun goût amer.*

Comme signes fonctionnels, nous devons signaler de violentes douleurs dans l'oreille droite, que D... éprouve de temps à autre, sans que l'examen au spéculum révèle aucune lésion. Pas de trouble fonctionnel.

Si maintenant nous passons au côté gauche du cou, nous trouvons sur un point absolument symétrique les vestiges et la cicatrice d'une ouverture analogue. Elle est située au centre d'une tache brune du diamètre d'une pièce de 50 centimes, hérissée par place de petites saillies ressemblant à de minuscules molluscums.

Aucun orifice n'est visible; seulement, lorsque le malade déglutit, la cicatrice subit un mouvement d'ascension et se déprime un peu vers son centre. A la palpation, on ne trouve qu'un très mince cordon; l'exploration n'amène que des accès de toux, mais pas de phénomènes spéciaux comme de l'autre côté. Depuis l'âge de dix ans, cet orifice ne s'est jamais rouvert; et bien que les frottements et la constriction exercée par le col de la tunique aient enflammé et irrité la fistule du côté droit, elle est restée absolument sans effet, sur le côté gauche.

Il n'existe aucune malformation de l'oreille et l'ouïe est normale.

Nous portons le diagnostic de *double fistule branchiale* siégeant

sur la 4e fente, et *probablement secondaire*, *guérie spontanément à gauche*, persistante à droite et très certainement borgne externe.

D... se refuse à toute opération sanglante, et est placé à l'infirmerie.

Au bout de quelques jours de repos, les froissements causés par le col et la cravate étant supprimés, l'écoulement se tarit, mais la fistule persiste.

En septembre 1889, D..., qui venait de reprendre son service après un assez long séjour à l'infirmerie pour blennorragie, se plaint de nouveau de sa fistule. Cette fois nous l'envoyons à l'hôpital, où il accepte d'être traité par les injections iodées.

Le 20 septembre, injection de teinture d'iode dans le trajet. La face ne pâlit pas, mais se couvre de sueur, et le pouls qui était à 90° tombe à 75.

Les jours suivants, écoulement muco-purulent plus abondant puis, dans les premiers jours d'octobre, la sécrétion diminue et devient presque entièrement muqueuse.

D... est réformé au commencement de novembre.

Cette observation nous paraît intéressante parce qu'elle offre un exemple unique, pensons-nous, de *guérison spontanée de fistule branchiale*. Depuis douze ans, le trajet de gauche ne s'est pas rouvert, et cependant les frottements occasionnés par le col et la cravate chez un homme habitué à avoir le cou libre ont suffi pour amener une inflammation marquée du trajet de droite. Il semble donc que la guérison soit définitive.

On ne peut guère penser que la cicatrice soit le résultat d'une autre affection; le siège de la cicatrice sur le trajet de la 4e fente branchiale en un point *absolument symétrique* du trajet opposé, *la dépression infundibuliforme* et le mouvement *d'ascension* qui succèdent à la déglutition, l'existence d'un cordon fibreux remontant vers l'os hyoïde, sont autant de preuves *en faveur d'une fistule branchiale*, et suffisamment caractéristiques pour qu'il ne soit pas nécessaire de penser à une autre lésion.

Les phénomènes nerveux observés pendant l'examen de la fistule sont signalés depuis longtemps. La toux et l'angoisse qui accompagnent l'exploration de ces trajets avaient déjà été remarqués par Dzondi, qui les expliquait par une communication avec la trachée.

Cusset, qui avait noté (comme c'est d'ailleurs notre cas) que ces accidents sont plus fréquents dans les fistules qui sont situées sur la 4e fente branchiale, prétendait les expliquer par une action réflexe due aux filets du pneumo-gastrique qui peuvent tapisser le trajet fistuleux.

Cette manière de voir s'accorde du reste parfaitement avec nos

connaissances actuelles sur l'évolution des arcs branchiaux chez l'homme.

Quénu, dans sa thèse d'agrégation (p. 17),nous dit que le 4e arc branchial est occupé par une branche du pneumo-gastrique, le nerf laryngé supérieur. Le reste du nerf vague passe derrière le 4e arc pharyngien et descend vers le tronc.

C'est donc à l'irritation du pneumo-gastrique ou de ses branches que nous devons rapporter les phénomènes que nous avons observés : la toux, les intermittences du cœur et du pouls, les tendances syncopales avec pâleur de la face et sueurs froides.

Obs. II. — L..., 23 ans, mécanicien. Incorporé depuis deux ans au 72e. Sujet de constitution moyenne. Il n'offre aucun antécédent morbide personnel ou héréditaire.

Le 22 juin 1889, le malade se présente à la visite pour un petit abcès à la joue droite.

En examinant cet homme, nous trouvons en effet une tuméfaction chaude, rouge et douloureuse, du volume d'une grosse noisette, située immédiatement en avant du tragus droit et remontant vers l'hélix. Cette tuméfaction est adhérente à la peau et immobile sur les parties profondes. Elle est nettement fluctuante. Pendant notre examen, nous remarquons sur l'hélix, à 1 centimètre au-dessus du point où il s'unit au tragus, un petit pertuis extrêmement fin, pouvant admettre un stylet de Méjan. La peau sur laquelle il repose est saine; mais le pourtour du pertuis est entouré d'une collerette de fines lamelles épidermiques. En pressant sur la poche de l'abcès, on fait refluer avec beaucoup de peine un peu de liquide muco-purulent par l'orifice.

Du côté gauche, sur le point de l'hélix absolument correspondant, existe un pertuis identique dont le fond est rempli de débris épidermiques qu'on enlève facilement avec l'ongle.

Interrogé à ce sujet, le malade nous dit avoir toujours eu cette malformation. Selon lui, sa sœur présenterait une malformation analogue des deux côtés; et son frère, du côté gauche seulement. Cette sœur, mère de deux enfants, aurait constaté chez son aîné une disposition identique.

L... raconte qu'à l'âge de 10 ans, en avant de l'oreille gauche, un abcès analogue à celui qui l'amène aujourd'hui devant nous s'est manifesté. Cet abcès se serait vidé par le pertuis dont nous avons parlé. Il n'existe pas d'ailleurs de cicatrice sur ce point.

Un stylet extrêmement fin est introduit du côté malade par l'orifice que porte l'hélix; il pénètre dans la cavité de l'abcès.

En présence des signes précédents, nous pensons immédiatement être en présence d'un vice de conformation congénitale dû à l'évolution imparfaite de l'extrémité postérieure de la 1re fente branchiale, et nous diagnostiquons une *fistule branchiale borgne externe.*

Nous fendons longitudinalement l'abcès qui donne issue à une quantité assez considérable de muco-pus visqueux. Puis toute la cavité est

lavée à la liqueur de Van Swieten; après lavage, l'écartement des lèvres de la plaie permet d'apercevoir que la cavité est tapissée par une membrane lisse d'aspect blanchâtre.

Nous prévoyons dès lors que le mode de traitement employé sera insuffisant. En effet, malgré tous nos soins, il coule d'une façon persistante un liquide muco-purulent, et il reste à la partie inférieure de la poche un orifice livrant passage au muco-pus.

Le 30 juillet, nous faisons entrer le malade dans notre service, à l'hôpital militarisé d'Abbeville. A ce moment, la poche se rétrécit beaucoup. Mais, au bout de quelques jours, elle se gonfle de nouveau, et laisse couler une plus grande quantité de muco-pus.

Nous proposons alors de recourir à la seule méthode efficace, à la destruction de la poche; et nous y procédons avec le concours de notre excellent ami Darde, médecin-major au 3e chasseurs.

Le malade désirant être endormi, on lui donne du chloroforme; mais l'absence d'aides ne nous permet pas de maintenir l'anesthésie toute la durée de l'opération.

Nous pratiquons une incision oblique en bas et en avant, allant du pertuis de l'hélix au point le plus déclive de la cavité. La poche est alors lavée avec une solution de sublimé au 1/1000e; et nous pouvons constater les détails suivants :

Toute la cavité est tapissée par une membrane lisse, blanchâtre, résistante, que nous avions déjà entrevue lors de notre première incision. Elle adhère d'une façon intime aux tissus sous-jacents.

La cavité comprend deux poches de volume et de dimensions différentes. Une première poche elliptique, descendant immédiatement en avant du tragus, offrant dans le sens vertical 15 millimètres environ, et dans le sens transversal 12 millimètres.

A la partie postéro-supérieure de la poche précédente, s'abouche une poche accessoire de forme conique à sommet inférieur, s'étendant dans la racine de l'hélix jusqu'au point où celui-ci s'unit au tragus. Elles sont réunies par un collet rétréci.

Lorsque avec une pince on saisit la poche au niveau de la lèvre postéro-inférieure de l'incision, le malade, qui n'est plus que très incomplètement anesthésié, se plaint beaucoup. En palpant la cavité, on sent battre immédiatement sous le doigt la temporale superficielle.

Après raclage avec la curette, nous cautérisons et détruisons la poche avec le thermocautère. Le malade se réveille au moment de la cautérisation. Il ressent une violente douleur dans la mâchoire inférieure. *Il semble, nous dit-il, qu'on lui arrache une dent.* En même temps, *la salivation devient très abondante.*

Pansement à la gaze iodoformée, enlevé seulement au bout de quatre jours.

A partir de cette époque, la plaie bourgeonne régulièrement. Elle est fermée le 15 septembre.

Le 7 septembre, en enlevant le pansement, nous examinons la fistule du côté sain; en la pressant, on fait sourdre du muco-pus.

Nous introduisons dans l'orifice un stylet extrêmement fin. Il pénètre

alors dans une sorte de poche sous-cutanée, à peu près circulaire, dont l'orifice représente le centre et dont le rayon égale 5 à 6 millimètres dans toutes les directions. A la partie inférieure, le stylet vient buter contre les parois à la limite de la séparation de l'hélix et du tragus.

L'observation qui précède nous semble devoir rentrer dans le cadre des fistules branchiales, et paraît due à l'évolution vicieuse de l'extrémité postérieure de la première fente branchiale. Nous y reviendrons plus loin.

Nous trouvons dans la thèse de Guzman, page 20, un fait d'Heusinger qui n'est pas sans analogie avec le nôtre.

« Il s'agit d'un malade dont l'oreille gauche présentait devant le tragus une petite saillie, *et en avant de l'origine de l'hélix, un trou séparé de la saillie par une bandelette cutanée.* L'oreille droite était légèrement courbée dans sa partie supérieure, *et en avant de l'origine de l'hélix*, on trouvait un petit trou entouré d'une peau d'apparence cicatricielle. »

Dans le fait d'Heusinger, qui, on le voit, ressemble beaucoup au nôtre, le siège de la fistule est identique. De plus, l'affection est aussi *bilatérale.*

Détail intéressant chez notre malade ; l'affection semble *héréditaire*, puisque, d'après son dire, semblable malformation existe chez son frère, sa sœur, et chez un enfant de cette dernière.

Le trajet de ces deux fistules borgnes externes est une sorte de poche établie à la limite du tragus et de l'origine de l'hélix, entre la peau et l'aponévrose, et adhérant fortement à cette dernière.

Ce trajet, nous avons pu l'examiner après ouverture, est une membrane lisse, blanchâtre, adhérente aux parties profondes au voisinage d'une artère assez importante, la temporale superficielle, et contenant dans son épaisseur des filets de l'auriculo-temporal.

La présence de rameaux de l'auriculo-temporal dans la région qui nous occupe explique :

1° *Les douleurs* extrêmement vives ressenties pendant l'opération dans les mâchoires, et comparées par le malade à l'avulsion d'une dent. Elles résultent de la présence d'une branche extrêmement fine allant de l'auriculo-temporal au nerf dentaire inférieur, à son entrée dans le canal de Spix (Sappey).

2° *La salivation*, par les rameaux de l'auriculo-temporal qui pénètrent dans la partie supérieure de la glande parotide. L'écoulement de liquide a été intermittent. Tantôt ces deux fistules ne donnaient issue à aucun liquide. Tantôt elles livraient passage à du

muco-pus sans que la poche fût véritablement enflammée. Tantôt, enfin, elles ont subi une inflammation vive et ont donné naissance à un abcès incapable de guérir si l'on ne détruit pas la poche.

Pouvons-nous expliquer le mode de formation de ces fistules à l'aide des connaissances embryogéniques actuelles? C'est ce que nous allons essayer de faire.

Quénu, dans sa thèse, a reproduit le développement de l'oreille externe d'après His.

La partie inférieure de la première fente branchiale disparaît par le passage sur cette fente d'un bourrelet émané de l'extrémité mentonnière du maxillaire inférieur. Ainsi se forme *la fosse angulaire de His*, limitée en haut et en avant par le premier arc ; en bas et en arrière, par le second.

Cette couche se borde de cinq tubercules : deux antérieurs, sur le premier arc ; deux postérieurs, sur le second arc ; un tubercule intermédiaire situé en arrière, à l'union des deux arcs.

Des deux tubercules antérieurs qui, seuls, doivent nous intéresser ici, l'inférieur donnera naissance au tragus ; le supérieur, en se soudant avec l'intermédiaire, formera l'hélix.

Ces deux tubercules antéro-supérieurs et antéro-inférieurs s'unissent entre eux.

Si cette réunion vient à manquer dans une certaine étendue, il restera, à la limite du tragus et de l'hélix, une fistule branchiale qui doit forcément demeurer borgne externe, puisque c'est la coalescence de bourgeons superficiels qui vient à manquer.

Il semblerait donc que la variété de fistule que nous décrivons résulterait d'un arrêt de développement de l'oreille externe et, en particulier, des deux bourgeons antérieurs de la fosse angulaire de His.

On peut juger, d'après ces détails que nous retrouvons, pour le fait qui nous occupe, les caractères des fistules branchiales :

A. Dans *l'étiologie :* 1° congénialité ; 2° hérédité.

B. Dans *l'anatomie pathologique :* 1° siège au niveau d'une fente branchiale ; 2° trajet spécial constitué par une membrane propre extrêmement résistante, bilatéralité ; 3° adhérences du trajet aux parties profondes, et rapport immédiat avec une artère assez importante ; présence de filets nerveux dans les parois.

C. Dans *les symptômes et la marche :* 1° Phénomènes nerveux spéciaux analogues à ceux signalés par Dzondi, Fischer et Cusset, dans les fistules de la variété commune, et survenant sous l'influence de l'irritation du trajet ; 2° issue d'un liquide muco-purulent, se montrant par intermittences ; 3° impossibilité de guérison spontanée.

D. Dans *la pathogénie :* L'étude de l'évolution embryologique

de l'oreille externe rend un compte satisfaisant du siège et de la production de ces fistules.

En résumé, tout semble s'accorder pour faire rentrer dans le cadre des fistules branchiales l'affection que nous avons observée.

Communication.

Huitième série de 35 ovariotomies pour kystes de l'ovaire,

Par le Dr Terrillon.

Cette huitième série de 35 ovariotomies commence le 24 mai 1890 pour se terminer le 27 septembre 1891.

Sur ces 35 opérées, une seule est morte. Le lendemain de l'opération qui avait été assez simple, une anurie presque complète montra que l'appareil urinaire ne fonctionnait pas. Bientôt des symptômes d'urémie chronique se déclarèrent et la malade mourut le 16e jour. L'autopsie montra que les deux reins étaient atrophiés et sclérosés depuis longtemps.

Dans ces conditions, la mort ne peut être imputable à aucune faute opératoire.

La suite non interrompue de ces 34 succès opératoires, malgré la fréquence assez grande des opérations difficiles, prouve que les précautions antiseptiques employées au cours de ces opérations, pratiquées pour la plupart dans mon service de la Salpêtrière, donnent une sécurité absolue.

Je rappellerai que c'est en décembre 1887, à propos de la publication d'une de mes séries d'ovariotomies, aussi heureuse que celle-ci puisque j'avais perdu une seule malade sur 35, que j'ai le premier montré l'utilité de l'asepsie des instruments obtenue à l'aide de l'eau bouillante.

M'élevant contre l'abus de l'acide phénique, qui est un moyen de désinfection trompeur et dangereux, j'ai montré que des instruments non stérilisés et cependant plongés dans une solution forte d'acide phénique peuvent conserver leur septicité.

Je fis voir que ce moyen de stérilisation était sinon illusoire, au moins très dangereux entre les mains de chirurgiens peu soigneux, et qui ne surveillent pas leurs instruments.

La chaleur au contraire stérilise tous les instruments, à condition que son action soit assez prolongée.

J'insisterai également sur le danger qui consiste à user largement de liquides antiseptiques dans les opérations de l'abdomen,

alors que l'usage de l'eau bouillie et stérilisée suffit pour le nettoyage du péritoine et des mains du chirurgien.

Depuis plusieurs années, dans mon service de la Salpêtrière, tout est organisé pour obtenir une asepsie aussi complète et absolue que possible des instruments et des mains.

Ces 35 opérations permettent de fournir quelques réflexions.

Variété des kystes. — La première concerne la nature des kystes ou leur variété anatomique.

Nous avons trouvé : 4 kystes uniloculaires, 4 kystes dermoïdes, 5 kystes paraovariens, 22 kystes multiloculaires. Ici, la proportion des kystes dermoïdes est plus grande qu'on ne le trouve ordinairement.

Torsion du pédicule. — Une seconde remarque s'applique à la torsion du pédicule, dont j'ai vu cinq exemples bien nets. Ici encore la proportion des pédicules tordus est assez considérable. En effet, dans un travail que j'ai lu devant le Congrès de chirurgie en 1889, la proportion des pédicules tordus était de 8 0/0, tandis que dans cette série elle serait de 12 0/0.

Nature de l'opération. — Chez 12 malades, l'opération a été double, c'est-à-dire que l'autre ovaire kystique ou présentant d'autres altérations notables a été enlevé.

Deux opérations ont été incomplètes. Il s'agissait de kystes du ligament large, tellement adhérents au fond du bassin que la décortication aurait entraîné des désordres graves. Ils n'ont été abandonnés qu'après un essai prolongé d'extraction. Ces kystes, dont l'ouverture a été fixée à la plaie abdominale, ont guéri lentement mais sûrement, grâce aux pansements antiseptiques.

J'ai eu pour la seconde fois l'occasion d'enlever, en même temps qu'un gros kyste multiloculaire, le corps de l'utérus, ce qui constitue une *ovario-hystérectomie.* Dans ces cas, le kyste qui coiffe le fond de l'utérus est tellement adhérent qu'aucun pédicule n'est possible.

Ma première observation date du mois d'août 1888 ; la seconde date du 28 janvier 1891.

Dans les deux cas l'utérus fut sectionné au-dessus du cul-de-sac vaginal et le pédicule fixé au dehors. Ces deux opérées sont actuellement bien portantes et ont une cicatrice abdominale parfaite.

Inflammation des gros pédicules. — J'ai observé chez une de mes opérées un accident tardif, menaçant pendant quelque temps la vie de la malade, mais se terminant par la guérison après plusieurs mois. Il s'agit de l'inflammation qui se fait autour des gros pédicules, et voici dans quelles circonstances : certains pédicules

épais et courts sont disposés dans la profondeur du bassin, de telle façon qu'on ne peut terminer l'opération qu'en faisant des désordres graves.

Aussi est-il préférable, au lieu de chercher à terminer à tout prix l'opération, de jeter sur le paquet de tissu qui résiste une double ligature. Ce pédicule, malgré son volume, est abandonné dans le ventre. Généralement, les suites immédiates de l'opération sont parfaites. Ces malades, pendant les vingt-cinq ou trente premiers jours, sont apyrétiques. Tout se passe du côté de l'abdomen comme à la suite de l'opération la plus simple.

Elles se lèvent après vingt-cinq ou trente jours; on peut les croire absolument guéries, lorsque, sans cause apparente, surviennent de la fièvre, du malaise, une douleur sourde dans la région du pédicule. Le ventre se ballonne. Bientôt on sent dans l'abdomen un empâtement considérable qui remplit le bassin, la fosse iliaque, une portion de l'abdomen. Cet empâtement dur et douloureux englobe les anses intestinales qui deviennent inertes et paresseuses.

J'ai rarement vu, même dans les pelvipéritonites les plus graves, un empâtement plus étendu, plus dur et plus tenace.

Pendant deux ou trois mois cet état persiste ; la malade maigrit, elle s'alimente difficilement ; cependant elle ne vomit pas.

Finalement cet orage s'apaise, la tuméfaction diminue lentement et bientôt disparaît totalement. La malade revient à la santé. Dans ces circonstances, je n'ai jamais remarqué de suppuration, et cependant la résolution est complète, car on ne trouve plus trace de cet empâtement énorme dix ou douze mois après l'opération. J'ai observé quatre accidents de ce genre en 1887, 1889, 1890 et cette année.

Il est assez difficile de donner une explication bien rationnelle de cet accident, qui est tardif, puisque je l'ai toujours vu survenir après les vingt-cinq jours qui succèdent à l'opération.

Est-il le résultat de la mortification des tissus situés au delà de la ligature ? ou au contraire de l'état défectueux d'une ligature qui demande à être éliminée et provoque autour d'elle des accidents inflammatoires ?

Je ne pourrais résoudre cette question ; cependant l'absence de suppuration, unie à ce fait que jamais on n'a vu apparaître la ligature au dehors, tendrait à prouver que celle-ci n'est pas en cause. Cette inflammation tardive me semble donc spéciale aux gros pédicules, qui sont difficiles à isoler des parties voisines trop adhérentes.

Mes huit séries d'ovariotomies donnent un total de 178 opérées

qui ont donné une mortalité de 23, ce qui ferait une proportion de 8 0/0 environ.

Mais quand on se reporte aux différentes séries on voit que la mortalité va en diminuant progressivement à partir du début. Sur le premier cent la mortalité a été de 13 malades ; sur le second elle a été de 6, et sur les 80 dernières je n'ai perdu que 4 malades.

Rapport.

Luxation totale de l'astragale par renversement, sans plaie; arthrite tibio-tarsienne suppurée, énucléation de l'astragale, résection de la malléole externe; guérison, par M. le Dr Régnier, médecin principal à l'hôpital militaire de Nancy.

Rapport par M. Chauvel.

« Dans les déformations traumatiques du pied, sans plaie extérieure, faisant soupçonner la luxation et peut-être la fracture de l'astragale, il faut retarder l'arthrotomie jusqu'à ce qu'elle soit justifiée par des indications pressantes. En un mot, il vaut mieux faire une régularisation un peu tardive que de pratiquer l'arthrotomie sans indications suffisantes. » Telle est, messieurs, la conclusion du travail de M. le Dr Régnier, conclusion appuyée sur les difficultés que présente le diagnostic précis de la luxation totale de l'astragale par renversement, et sur la facilité d'arrêter par l'arthrotomie antiseptique le développement des accidents inflammatoires.

Il est certain que notre collègue par l'examen du pied ne pouvait soupçonner dès l'abord les lésions que l'ouverture de la jointure lui permit plus tard de constater. Sautant à pieds joints d'une hauteur de 2 mètres, sur un sol durci par la gelée et un peu irrégulier, le soldat M..., du 79e d'infanterie, présente à son entrée à l'hôpital un renversement du pied droit en varus qui est attribué à une fracture des deux malléoles avec pénétration du fragment de la malléole interne.

La réduction étant impossible, le membre placé dans une gouttière est soumis après quelques jours à une traction continue avec un poids de 2 kilogrammes. La fièvre qui s'était élevée dès le cinquième jour à 39°, reparaît au onzième jour, atteint et dépasse 40°. En même temps l'articulation devient le siège d'une suppuration évidente.

Le 17 mars, c'est-à-dire dix-huit jours après le traumatisme,

M. Régnier qui avait déjà pratiqué le 14 une incision derrière la malléole interne, se décide à ouvrir largement la jointure tibio-tarsienne en pénétrant par le côté antéro-externe. Issue de pus et de sang. L'astragale renversé sur place et ayant sa poulie en bas, déjà très mobile, est facilement énucléé de sa loge. Il présente en arrière, à son bord inférieur, un trait de fracture transversale en détachant deux ou trois petits fragments complètement libres et correspondant à la gouttière du fléchisseur propre du gros orteil.

Après avoir pratiqué une incision de dégagement en avant de la malléole interne intacte, M. Régnier résèque la malléole péronéale et le péroné sur une longueur de 4 centimètres environ, bien qu'ils ne présentent aucune lésion.

Drainage, tamponnement à la gaze iodoformée; redressement du pied maintenu par une gouttière plâtrée. La fièvre tombe rapidement, l'inflammation locale disparaît, la plaie est complètement fermée le 15 mai.

La position du pied n'est pas parfaite, il tend à se renverser en dehors et ce renversement doit être combattu par un petit appareil en zinc. Cependant l'opéré commence à utiliser sa jambe et le 8 juillet il est présenté à la Société de médecine de Nancy.

Messieurs, je ne sais si l'intervention retardée préconisée par notre collègue de Nancy dans les cas de ce genre doit encore à l'heure actuelle être considérée comme la meilleure ligne de conduite. Des deux raisons sur lesquelles il s'appuie il en est une que personne ne contestera, *la difficulté du diagnostic*, mais est-il permis de dire avec lui : « Il n'y a aucun inconvénient à attendre le développement des accidents inflammatoires qui résultent *forcément* de ces lésions complexes; l'arthrite tibio-tarsienne la plus aiguë ne constitue plus un danger pour la vie du malade... » Pour ma part, je ne le crois pas, et s'il m'était démontré que la suppuration doit être la conséquence obligée de pareilles lésions, je ne vois pas l'intérêt qu'il peut y avoir à différer une intervention nécessaire.

Raisonnant sur les mêmes données que M. Régnier on pourrait soutenir au contraire que dans les traumatismes violents s'accompagnant d'une déformation considérable et irréductible du pied, il y a lieu de pratiquer avant toute inflammation une arthrotomie, pour déterminer exactement la nature des lésions qui rendent la réduction impossible en même temps que pour y porter remède. Cette conduite, mieux que l'attente de la suppuration préserverait la vie du malade et assurerait le rétablissement des fonctions.

Un dernier point sur lequel je ne saurais être d'accord avec notre collègue, c'est sur la *résection de la malléole externe* qu'il a pratiquée alors que l'os ne présentait pas de lésions. Est-ce dans le

but d'assurer l'évacuation facile des liquides putrides sécrétés par la synoviale enflammée? Mais l'article était largement ouvert et le drainage suffisant. En respectant le tibia et reséquant 4 centimètres de l'extrémité inférieure du péroné, en détruisant la mortaise tibio-tarsienne dans sa partie externe, M. Régnier devait s'attendre au résultat qu'il nous signale à la fin de son travail : « Le pied a un peu de tendance au renversement en dehors. »

L'observation n'indique pas si après l'extirpation de l'astragale le redressement du pied a été tenté. Nous croyons que l'épreuve a été faite et que la persistance d'un certain degré de varus a seule conduit notre confrère à s'attaquer à la malléole externe. Mais dans ces conditions il aurait dû se rappeler la conduite indiquée et suivie par notre collègue M. Polaillon et aujourd'hui acceptée par tous : conserver la malléole externe, réséquer le péroné au-dessus de la cheville dans la longueur nécessaire. L'intégrité de la mortaise est une condition nécessaire du complet et prompt rétablissement des fonctions du pied.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Régnier de son intéressant travail et de déposer son observation dans nos archives.

Discussion.

M. Berger. Je partage et je défends l'opinion exprimée par M. Chauvel. J'ai traité par l'arthrotomie immédiate deux cas de luxation sous-astragalienne en dehors et un cas de luxation totale de l'astragale par retournement. Dans les deux premiers cas, je n'ai pas hésité sur le diagnostic; dans le troisième, je pensai à une luxation sous-astragalienne alors qu'il s'agissait d'une énucléation de l'astragale. L'indication opératoire est surtout fournie par la saillie de la tête de l'astragale sous les téguments si prononcée qu'on peut être sûr de la gangrène des tissus. J'ai même vu se produire une escarre après l'ablation de l'astragale. Après une tentative inutile de réduction, j'ai pratiqué l'extirpation immédiate de cet os avec une grande facilité par l'incision externe. L'opération a été particulièrement facile dans le cas où il y avait énucléation totale de l'astragale. J'ai dû, dans ce dernier cas, réséquer un fragment de péroné représentant presque toute la malléole externe. J'ai remis le pied en place, et, par une suture profonde, j'ai réuni le périoste du tibia et du péroné au périoste du scaphoïde.

Il n'a pas été fait de drainage; les suites opératoires ont été des plus simples, bien que le dernier malade fût âgé de 70 ans.

M. Le Dentu. Je me rappelle deux faits qui se rapprochent

beaucoup de celui de M. Chauvel. Après un grave traumatisme du pied, au bout de dix à douze jours, des phénomènes inflammatoires me firent intervenir d'urgence.

J'incisai et je trouvai un astragale luxé dont je fis l'extirpation immédiate ; le malade guérit.

L'an dernier, j'ai observé un cas qui démontre la tolérance possible des tissus ; il s'agissait d'un malade atteint d'une fracture de jambe avec issue du tibia au dehors, et chez lequel la réduction du fragment fut faite et maintenue. Pendant cinq à six semaines, tout alla bien et le pied ne semblait pas très malade. Mais au bout de ce temps, il n'y avait pas de consolidation et on arrivait par un orifice fistuleux sur des surfaces osseuses dénudées. En incisant, je trouvai que l'astragale luxé avait subi un quart de rotation et que la malléole interne s'était creusé une cavité dans la tête de cet os. Je fis l'extirpation de l'astragale et je remis les choses en place comme je le pus. La correspondance des surfaces osseuses n'était pas très complète et il fallut plus tard débarrasser la région de bourgeons charnus exubérants par une espèce de curettage.

Il y a donc des cas où l'inflammation ne se développe pas de suite ; néanmoins, je suis d'avis d'intervenir de bonne heure, dès que le diagnostic est établi.

M. Gérard-Marchant. Je présenterai un malade auquel j'ai fait l'extirpation de l'astragale pour une luxation irréductible Trois semaines après l'accident, il y avait un phlegmon avec gangrène de la peau, et je dus faire l'ablation de l'astragale ; l'os fut saisi avec un davier de Farabeuf et put être cueilli avec la plus grande facilité ; car il était libéré de tous ses ligaments. Malgré cette luxation, les malléoles interne et externe étaient tout à fait intactes. Les suites ont été simples et le malade marche très bien.

M. Chauvel. Il n'y a aucune raison de retarder l'intervention. J'ai dû intervenir deux ans et demi après l'accident chez des malades qui ne pouvaient plus du tout marcher.

Les conclusions du rapport de M. Chauvel sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de malade.

Arthrodèse pour pied bot paralytique varus équin.

M. Schwartz. J'ai l'honneur de vous présenter un malade de 22 ans, atteint de pied bot varus équin paralytique accentué depuis l'âge de 7 ans, mais qui a surtout gêné le patient depuis quelques années qu'il est à Paris, et exerce le métier de chaudronnier. Ce jeune homme a subi, il y a dix mois, la ténotomie du tendon d'Achille avec immobilisation pendant un mois. Légèrement amélioré, il a pu reprendre son travail pendant quelques semaines, puis la gêne, les douleurs et la boiterie sont devenues telles que le malade est revenu à la Charité ne pouvant pas continuer ses occupations.

Il s'agissait bien d'un pied bot varus équin paralytique avec absence de réaction de tous les muscles de la région extérieure de la jambe, excepté le long extenseur du gros orteil et les péroniers latéraux.

Le pied ne peut atteindre qu'avec peine l'angle droit sur la jambe. Il y a rétraction du tendon d'Achille et résistance tenant à une déformation du squelette.

Le 16 septembre 1891, section du tendon d'Achille, ostéotomie linéaire sus-malléolaire du péroné. Ouverture de l'articulation en dedans. Ablation d'une crête osseuse préastragalienne qui empêche la réduction du pied. Décortication des cartilages articulaires. Pas de suture osseuse. Suture des plans fibreux au catgut. Suture de la peau aux crins de Florence. Drain étroit et court. Pansement iodoformé. Appareil plâtré qui reste en place quarante jours. Réunion totale, excepté là où a été laissé le drain.

L'opéré commence à se lever le soixantième jour. Actuellement : ankylose de l'articulation tibio-tarsienne, marche facile sur un pied appuyant par toute sa plante sur le sol.

Bon résultat.

Discussion.

M. Quénu. Pourquoi M. Schwartz a-t-il fait l'arthrodèse? Dans des cas analogues, j'ai fait des sections tendineuses multiples et j'ai été étonné de voir le pied donner un très bon fonctionnement.

M. Schwartz. Le malade avait déjà subi la ténotomie et le pied bot était en même temps irréductible. Au cours de l'arthrodèse, j'ai enlevé une crête osseuse qui empêchait tout redressement. Chez cet homme de 22 ans, obligé de travailler beaucoup, la pose d'un appareil n'aurait pu guère servir et l'arthrodèse m'a semblé une opération tout à fait nécessaire.

M. Marchand. Pourquoi l'arthrodèse plutôt que l'extirpation de l'astragale?

M. Schwartz. Parce que cette ablation n'aurait fait qu'augmenter le raccourcissement du membre déjà très prononcé.

M. Quénu. Dans des cas analogues, j'ai pu obtenir un redressement parfait par une large opération, en sectionnant les tendons, les muscles et l'aponévrose plantaire; je considère l'arthrodèse dans ces cas comme devant être tout à fait exceptionnelle.

M. Kirmisson. Le résultat obtenu chez l'opéré de M. Schwartz est très satisfaisant. Avec MM. Quénu et Marchand, je suis d'avis que l'arthrodèse ne doit pas s'appliquer à tous les cas de pieds bots paralytiques. Mais dans les cas où il y a un pied *ballant*, il n'y a rien à couper, tout est paralysé, et l'arthrodèse trouve son indication. Il n'y a pas lieu de pratiquer cette opération si on peut redresser le pied par les autres opérations et même par l'extirpation de l'astragale.

M. Schwartz. C'est aussi mon avis; la discussion ne peut porter que sur les cas comparables au mien. Il y a lieu de se demander aujourd'hui s'il ne vaut pas mieux remplacer les appareils qui tiennent mal par l'opération qui immobilise bien le pied.

M. Kirmisson. M. Schwartz a donné la vraie solution de la question : c'est sur une malade lasse des appareils que j'ai pratiqué ma première opération d'arthrodèse; la malade marche maintenant avec une simple bottine. Chez les sujets pauvres, obligés de travailler, ne pouvant faire les frais de bons appareils, l'arthrodèse me paraît devoir être préférée.

M. Quénu. Les cas de M. Kirmisson ne sont pas ceux dont il est question. Il s'agit pour M. Schwartz de malades à rétractions tendineuses. Dans les cas mêmes où il n'y a presque plus de muscles, j'ai opéré des sujets qui, après de nombreuses sections et le port d'un appareil pendant six à sept mois, marchent très convenablement sans appareil et avec des mouvements du pied. Il me

paraît nécessaire de faire tout ce qui est possible pour conserver les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne.

Élection.

Commission pour examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire.

Nombre de votants, 24 ; majorité, 13.

Sont nommés :

MM. Delens	23	voix.
Nélaton	21	—
Félizet	21	—

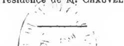
La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. BOUILLY.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 41.2.92. *Le gérant :* G. MASSON.

Séance du 10 février 1892.

Présidence de M. CHAUVEL.



Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.



Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Nouveau procédé de réparation des fistules recto-vaginales par périnétomie transversale et dédoublement de la cloison*, par M. DE VLACCOS (de Métélin) (M. Terrier, rapporteur) ;

3° Lettre de M. LE DENTU, demandant à être nommé membre honoraire ;

4° Lettre de M. DELORME, informant la Société que, retenu hors Paris par la maladie et la mort de son père, il n'a pu, en temps utile, poser sa candidature au titre de membre titulaire, en priant la Société de vouloir bien cependant l'inscrire au nombre des candidats.

Sur la proposition de M. le Président, la Société se réunira, à la fin de la séance, en comité secret, pour statuer sur la demande de M. Delorme.

M. le Président annonce que M. Le Prévost (du Havre), membre correspondant, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.

Fistule ad-hyoïdienne.

M. ROBERT. Le rapport de M. Berger sur les observations de fistule branchiale communiquées à la Société de chirurgie par M. Fevrier et la discussion relative à ce rapport me décident à vous présenter succinctement un fait de fistule ad-hyoïdienne très intéressant quant au diagnostic étiologique.

M. X..., capitaine, âgé de 35 ans, toujours bien portant, mais atteint de syphilis récente, voit, en août 1890, se former un abcès furonculeux sur la ligne médiane du cou, près de l'os hyoïde. Cet abcès, attribué au frottement du col, est ouvert au bistouri et donne lieu à une plaie fistuleuse que les divers pansements ne peuvent parvenir à fermer. Gêné par l'écoulement continuel qui souille le col de la tunique, il entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 21 décembre 1890, présentant au niveau de l'os hyoïde un orifice fistuleux qui, constamment et surtout pendant les mouvements de déglutition, donne issue à une gouttelette de pus grisâtre et filant. Il accuse une douleur vive et continuelle dans le côté droit du cou et se plaint surtout de craquements dans cette région.

Ces derniers symptômes paraissent peu importants en raison de l'absence de tuméfaction et des signes habituels de la périchondrite. Les stylets les plus fins sont arrêtés à la surface de l'os hyoïde, et malgré la dilatation de l'orifice fistuleux il est impossible de déterminer la direction du trajet. Le stylet ne pénètre pas au delà d'un centimètre et demi et reste toujours en avant de l'os hyoïde ; les liquides injectés dans l'orifice sortent immédiatement.

Aucune tuméfaction ganglionnaire, aucune déformation du plancher de la bouche, aucune lésion apparente à l'examen laryngoscopique.

Rejetant l'idée d'une tumeur gommeuse et croyant à un kyste dermoïde suppuré, je pratique, le 27 décembre 1890, une incision verticale sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne ; j'excise le pourtour induré de l'orifice et je mets à découvert l'os hyoïde et le plan musculaire du mylo-hyoïdien, sans trouver aucun indice du trajet profond, soit en arrière, soit au-dessus de l'os hyoïde ; les mouvements de déglutition ne provoquent aucun écoulement. La plaie est suturée, mais au premier pansement on constate que du liquide purulent s'est fait jour entre les points de suture ; de plus, depuis l'opération, le malade rejette quelques crachats mélangés de sang. L'exploration au laryngoscope dénote une vascularisation exagérée de la base de la langue. L'examen minutieux des organes respiratoires, au point de vue de la tuberculose, est négatif ; en outre, le pus recueilli ne contient ni bacille de Koch, ni élément figuré de l'actinomycose. Malgré les doutes émis sur la nature syphilitique de l'inflammation (l'infection syphylitique ne remontant qu'à dix-huit mois environ), un traitement spécifique composé de frictions mercurielles et d'iodure de potassium à haute dose est prescrit pendant une quinzaine de jours. Le trajet fistuleux persiste avec le même suintement.

Le 27 janvier 1891, une incision verticale de nouveau pratiquée sur la région sus-hyoïdienne traverse le raphé du mylo-hyoïdien, passe entre les génio-glosses, étale le tissu cellulaire graisseux de cette région et permet de constater que ce tissu est sain et qu'il n'existe en ce point aucun cordon analogue au canal de Bochdalek, et que plus profondément encore il ne se trouve aucune tumeur. Les parties profondes de l'incision sont grattées et deux plans de suture sont appliqués.

Les jours suivants, le malade continue à cracher du sang mélangé de mucosités; on constate que la peau suturée est soulevée par du liquide sanieux. Les sutures sont coupées, un pansement simple est appliqué, la plaie se referme en partie, mais au niveau de l'os hyoïde persiste un pertuis.

Toujours vives douleurs sur le côté droit du larynx au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, mais aucune tuméfaction en ce point.

Le 6 mars l'examen laryngoscopique, qui jusqu'alors n'avait dénoté qu'une vascularisation anormale de la base de la langue à l'arrière du V lingual, révèle dans cette région deux ou trois points de la muqueuse soulevés sous forme de bosselures, du volume d'une grosse lentille; au sommet de l'une d'elles s'échappe une forte gouttelette de pus, identique à celui qui s'écoule de la fistule. Le toucher n'éprouve qu'une faible sensation de résistance sur la plus grande étendue de la langue; mais sur la ligne médiane, en avant de l'épiglotte, le doigt constate la présence d'une masse indurée de la grosseur d'une aveline. Sur les différentes bosselures disséminées à la base de la langue se distinguent au laryngoscope de petits points jaunâtres, analogues aux granulations tuberculeuses, telles qu'elles ont été décrites par Trélat et représentées sur les spécimens de Barretta, exposés au musée Saint-Louis; de plus, on aperçoit sur différentes parties de l'épiglotte un semis de petits grains jaunâtres groupés par place, sans ulcération et sans épaississement de cet organe.

En présence de ces lésions diffuses et des divers insuccès opératoires, j'ai recours successivement au traitement modificateur, par l'arsenic et l'huile de foie de morue, puis au traitement spécifique à l'aide de pilules de proto-iodure et de l'iodure de potassium à haute dose.

Toutes les tentatives d'injections soit par la partie inférieure, soit par la partie supérieure du trajet, restent sans résultat. Aucun stylet ne parvient à franchir l'espace qui sépare les deux orifices.

La ténacité des accidents m'engage à présenter le malade à M. le professeur Fournier, qui rejette immédiatement toute prove-

nance syphilitique ou tuberculeuse et avoue, après examen laryngoscopique, ne pouvoir déterminer la nature des lésions, cependant si manifestes et si étendues, de la base de la langue.

Décidé à recourir à une troisième intervention opératoire, je fais voir le malade à M. Gérard-Marchant, dont on connaît la compétence sur co sujet. Après avoir pratiqué le toucher et examiné au laryngoscope, il me déclare n'avoir rien observé d'analogue dans les cas qu'il a eu l'occasion d'étudier, et il m'engage à m'adresser à M. le professeur Lannelongue, qui, après avoir pratiqué le toucher et sans juger nécessaire l'examen avec le laryngoscope, affirme que le trajet fistuleux appartient à un kyste du canal Bochdalek, et qu'il suffira de faire une nouvelle dissection en se guidant sur le stylet.

Le 30 juillet 1891, après chloroformisation, une incision en T est pratiquée dans la région sus-hyoïdienne. Les insertions inférieures du mylo-hyoïdien et des génio-hyoïdiens sont sectionnées. Les génio-glosses sont largement écartés; l'aspect des parties, mises à nu, ne laisse rien distinguer d'anormal. Ce n'est qu'après avoir fait déprimer la base de la langue, à l'aide d'un doigt, que M. l'agrégé Vautrin, qui m'assiste, engage profondément dans la bouche, qu'il m'est possible de faire saillir dans la plaie la tumeur reconnue sous la muqueuse linguale et de l'exciser à l'aide des ciseaux courbes, excision qui s'accompagne d'un écoulement d'un centimètre cube environ de pus.

Pour éviter l'infection de la plaie, la muqueuse linguale est respectée; la cavité buccale n'est séparée du foyer opératoire que par une lame de cette muqueuse épaisse d'un millimètre environ. Après un lavage à la solution forte d'acide phénique, la plaie est suturée.

L'examen histologique démontre que les fragments excisés ne comprennent aucun des éléments des kystes dermoïdes; on ne distingue que du tissu inflammatoire composé de cellules embryonnaires, qui infiltrent le tissu propre de la langue.

Le 6 août, le pansement est enlevé; la cicatrisation est complète, si ce n'est au niveau de l'orifice inférieur du trajet fistuleux primitif, où suinte encore du pus. Le toucher et l'examen au miroir laryngien montrent que de petites plaques à aspect jaunâtre persistent à la base de la langue. Le stylet, porté directement de bas en haut vers la partie profonde de la plaie, est arrêté par la muqueuse mais incliné à droite, il s'engage dans un diverticulum et traverse sans résistance la muqueuse linguale au niveau du repli glosso-épiglottique latéral. A l'aide de ce stylet, nous faisons passer à travers la langue un drain qui va du cou à la cavité buc-

cale. Le miroir permet de constater que le drain a traversé ainsi une des petites tumeurs de la base de la langue.

Persuadé qu'il s'agit d'une inflammation des glandes acineuses étudiées par Salter, nous laissons le drain quinze jours en place et nous cautérisons à plusieurs reprises, après anesthésie locale à la cocaïne, chacune des tumeurs qui soulèvent la muqueuse linguale. Pour cette cautérisation, nous employons un petit couteau galvano-cautère, que nous faisons pénétrer à la profondeur d'un centimètre.

Le 10 septembre, la fistule est fermée ; l'aspect de la langue est tout à fait modifié, les vaisseaux variqueux ont disparu ; une nappe de tissu inodulaire grisâtre remplace les saillies formées par les glandes enflammées; il ne persiste qu'une sensation de chaleur dans la base de la langue.

Le malade sort complètement guéri le 21 septembre 1891, et depuis ce jour la cicatrisation s'est parfaitement maintenue.

Ce fait peut être rapproché du cas publié par MM. Verchère et Denucé dans les *Bulletins de la Société anatomique* de l'année 1885; il se rapporte évidemment à une inflammation accidentelle des glandes acineuses, développées au pourtour des cryptes qui leur servent de réservoirs communs et qui s'étendent à un ou deux centimètres de profondeur au-dessous de la muqueuse dorsale et n'existent que chez l'adulte, d'après Salter.

Cette inflammation présenta localement les caractères suivants : développement des vaisseaux superficiels, formant en arrière du V lingual un lacis dont les branches principales, larges d'un millimètre, se dirigent parallèlement à l'axe antéro-postérieur de la langue; formation dans cette zone de petites tumeurs parsemées de granulations jaunâtres; écoulement sanguin dû à la rupture des vaisseaux variqueux; suintement muqueux épais et grisâtre, qui s'accumule à la base de la langue dans les fossettes des replis glosso-épiglottiques; signes que l'exploration laryngoscopique surtout a permis de bien apprécier, car l'éclairage direct ne peut pas dépasser las limites de la partie antérieure et convexe de la langue, région qui n'offre rien d'anormal lorsque les lésions sont localisées en arrière du V lingual, lésions diffuses et disséminées que le traitement chirurgical des fistules branchiales ne peut supprimer, et que les cautérisations intra-buccales modifient favorablement.

Communication.

Six cas d'étranglement post-opératoire opérés avec succès par la laparotomie. Deux opérations sur le même sujet. Considérations sur la thérapeutique de l'étranglement et sur l'action des purgatifs dans la chirurgie abdominale,

Par le Dr Championnière.

Une série de six cas d'étranglement post-opératoire pour lesquels une nouvelle laparotomie a été faite avec succès est assez belle par elle-même pour être publiée. Elle est nécessairement instructive à bien des points de vue. Je comptais la faire connaître prochainement, et je me suis décidé à la donner plus tôt en entendant formuler récemment des doctrines pathologiques et thérapeutiques que cette expérience me paraît renverser complètement. Ces opérations et le mode de traitement que j'ai fait subir à mes opérés avant et après l'opération donnent un enseignement très évident, et j'ai pensé qu'on le suivrait avec intérêt.

A propos d'une observation du reste fort intéressante, notre collègue M. Kirmisson se félicitait, dans un cas d'étranglement interne, de n'avoir pas donné de purgatifs à son malade, de l'avoir traité par la morphine, et représentait les purgatifs comme susceptibles d'engendrer la péritonite, puis de dilater les anses intestinales de façon à compliquer la laparotomie que l'on peut avoir à faire. Il fallait donc les proscrire de ces cas. Il disait aussi que le diagnostic de l'étranglement interne lui avait paru facile.

Cette crainte des purgatifs et cet emploi de l'opium dans la chirurgie des intestins et de l'abdomen constituent une doctrine très répandue. Comme je professe une opinion diamétralement opposée, comme j'use dans ma chirurgie abdominale des purgatifs sans en craindre même l'abus, j'ai pensé que l'exemple des six cas d'étranglement réunis en une série heureuse donnerait un témoignage des bons résultats de cette pratique. Je les ai groupés malgré des différences assez importantes, malgré une certaine diversité des phénomènes d'étranglement ou d'obstruction intestinale.

En remarque préalable, je tiens à dire que je trouve le diagnostic de l'étranglement et la détermination des nécessités opératoires extrêmement difficiles, et j'estime que pour ceux qui se privent des indications diagnostiques que peut donner le purgatif la difficulté doit être plus grande encore. Dans ces sortes de cas, la marche des phénomènes est le plus souvent très insidieuse, et l'on verra par les observations que les étranglements les plus marqués ont donné

lieu à des phénomènes très obscurs, tandis qu'avec une extrême rapidité les adhérences les plus solides s'établissaient. Dans presque tous les cas suivants, les opérations nécessitées ont dû être des plus graves et accomplies par des voies aussi largement ouvertes que possible.

La première de mes opérations a été faite pour un étranglement survenu à la suite d'une ovariotomie.

Ovariotomie chez une femme présentant une poussée de péritonite. Étranglement secondaire. Laparotomie au bout de dix jours. Opération laborieuse de plus de deux heures, détachement de plusieurs anses. Guérison rapide. Excellentes nouvelles après quatre ans.

M. Championnière opéra, le 5 décembre 1887, à l'hôpital Saint-Louis, une femme de 35 ans, atteinte de kyste de l'ovaire droit. Beaucoup d'adhérences, large résection épiploïque, pédicule très large, un peu de liquide ascitique, rougeur généralisée, signe manifeste d'un peu d'inflammation péritonéale due sans doute à un voyage récent.

Le petit bassin a été nettoyé avec le plus grand soin, après la confection du pédicule. Sutures profondes en argent, 6 ; crins de Florence superficiels, 10.

L'opération, très laborieuse, a duré cinquante-cinq minutes.

Les suites en sont d'une simplicité extrême. La malade, qui souffrait avant l'opération, a cessé de souffrir. Aucun vomissement. La température ne s'élève pas au-dessus de 37°,8, et cela seulement le premier et le troisième jour. Les selles sont bonnes d'abord.

Le premier vomissement a lieu le 10 à la suite de l'ingestion de quelques huîtres.

Le 11, pendant quelques heures, coliques violentes. Le soir, accalmie complète. Le lundi et le mardi, peu de douleurs ; le mardi, elle a une selle abondante. A partir de ce moment, ni selle ni gaz.

Dans la nuit du 13 au 14, douleurs violentes, avec un vomissement peu abondant. Calme le matin.

Dans la journée, cinq vomissements abondants, jaunâtres.

A 11 heures du soir, peu de douleurs, vomissements rares, facies très altéré ; la paroi abdominale est réunie ; un peu d'empâtement profond. Injection de morphine pour la nuit.

Le jeudi 15, état général mauvais, pouls petit, hoquet. Ballonnement. M. Championnière fait la laparotomie à 9 heures du matin.

Longue incision, abdomen largement ouvert. A gauche de la ligne médiane, volumineuse adhérence épiploïque contenant encore des fils de catgut.

En ce point, trois groupes d'anses intestinales (intestin grêle) sont adhérents, s'emmêlant dans un inextricable enchevêtrement.

L'une d'elles, tordue deux fois sur elle-même, forme un anneau véritable, enlaçant une des deux anses adhérentes. Ces deux anses sont vides ; au-dessus d'elles, la troisième anse adhérente est très dilatée par les gaz.

La première anse est détachée à coups de ciseaux avec quelque traction. La deuxième anse, ou plutôt la seconde partie de la première anse, est détachée très laborieusement et par sections successives. Les tractions la déchireraient certainement, car la solidité de l'adhérence est extrême. La troisième est détachée de la même façon, en laissant à sa surface quelques débris d'épiploon, de peur d'une rupture.

Ces trois anses sont vides, aplaties.

Celle que j'ai appelée au début la troisième anse, c'est-à-dire la quatrième partie d'intestin que j'attaque, est beaucoup moins tenue ; fixée seulement par une petite surface, elle est distendue par les gaz.

Au-dessus, les restes du tablier épiploïque adhérent fixent encore le côlon transverse.

Ils sont détachés et séparés par six fils en trois groupes du grand tablier épiploïque.

L'abdomen est nettoyé. La plaie abdominale est refermée par trois plans de suture.

La durée de l'opération a été fort longue, deux heures environ. La malade est très déprimée.

Deux heures après l'opération, évacuation alvine très abondante ; plus de deux bassins de liquide jaunâtre, très analogue à celui des matières vomies avant l'opération.

Depuis la *laparotomie, pas un seul vomissement*, évacuations régulières. La température ne s'est pas élevée au-dessus de 37°,6, et la malade est repartie le 15 février, dans un état excellent.

Depuis, elle a donné de ses nouvelles, et quatre ans après cette opération elle est dans un état excellent, sans jamais avoir donné un accident quelconque.

La lecture de cette courte observation montre bien les relations qui la rattachent aux suivantes et qui me l'ont fait rapporter avec elles.

Cet accident d'étranglement est bien le résultat, *non de l'opération, mais d'une situation antérieure*, péritonite préexistante.

Son développement s'est fait d'une façon absolument insidieuse, sans réaction aucune.

Malgré cela, les lésions étaient énormes, et si la laparotomie n'avait été faite largement avec des moyens puissants, son échec était certain.

Toutes les autres observations appartiennent à l'histoire des cures radicales de hernies très compliquées.

Cure radicale d'une hernie épiploïque sphacélée. Accidents secondaires d'étranglement. Laparotomie. Ouverture d'abcès épiploïques. Guérison.

Le nommé G..., garçon marchand de vins, se présenta, le 26 novembre 1886, à l'hôpital Tenon. Il portait une hernie inguinale droite depuis sa première enfance (signalée à 18 mois). Sa hernie se réduisait

habituellement et il portait bandage; le 25 décembre elle devint irréductible; le 26, elle était très douloureuse et il se présenta à la consultation. Il avait bien quelques nausées, mais aucun signe d'étranglement; il mangeait et avait des selles régulières.

Le 27 novembre, je lui fis la cure radicale à cause des douleurs. Le sac contenait une quantité notable de liquide rougeâtre, de l'épiploon de teinte très sombre. Le nettoyage fut fait avec soin, l'épiploon fut attiré en bas et la résection, faite très haut sur le tablier à l'aide de quatre fils, en emporta 100 grammes.

La ligature du pédicule herniaire fut faite avec deux catguts, et quatre points de suture perdus furent placés sur la paroi abdominale. Gros drain descendant dans la vaginale.

Les suites de l'opération furent régulières jusqu'au 11 décembre. La plaie opératoire était guérie, lorsque le patient accusa de violentes douleurs abdominales. Le 13, aux douleurs s'ajoutèrent quelques vomissements. Avec quelques alternatives de mieux, la température, qui s'était élevée à 39°, monte, le 15, à 39°,4; puis, le 18, il survint des vomissements fécaloïdes et la température s'abaisse à 37°,4. La face était grippée, le ventre était ballonné. On sentait au-dessus de l'ombilic une région assez dure (21e jour).

Le malade ayant été chloroformisé le 18 janvier, une large incision fut faite *au-dessus de l'ombilic*. Une anse adhérente ayant été détachée et repoussée haut, le doigt reconnut la substance de l'épiploon et, en détachant des parties épiploïques, pénétra dans un large foyer, d'où s'écoula peu à peu une quantité considérable de pus. Ce foyer fut drainé et la paroi abdominale fut refermée.

Dès le réveil, les accidents d'étranglement disparurent, les douleurs cessèrent et la température ne se releva plus. J'ai conservé ce malade à l'hôpital le plus longtemps possible pour m'assurer de ce qu'il deviendrait. Il avait guéri rapidement, et lorsqu'il sortit, le 13 avril 1887, il ne présentait aucune trace de cet accident; je l'ai revu deux ans plus tard, toujours bien guéri de sa hernie, et sans aucune suite fâcheuse du côté de l'abdomen.

Dans ce cas, l'abcès était développé évidemment au niveau du moignon de l'épiploon, qui avait été infecté probablement par la partie sphacélée qui avait été extirpée. Quelque contact avait eu lieu, malgré toute l'attention portée de ce côté.

Le cas suivant est autrement curieux par la série des opérations subies heureusement.

Hernie inguinale gauche. Cure radicale à gauche. Pendant la convalescence, pincement d'une anse intestinale au niveau de l'anneau inguinal profond du côté droit. Accidents d'étranglement. Laparotomie à double ouverture. Ouverture d'un foyer de gangrène. Guérison. — Nouveaux accidents. Deuxième laparotomie. Quelques jours plus tard, troisième intervention. Ouverture d'une anse intestinale. Guérison.

Le nommé F..., âgé de 38 ans, se présente à l'hôpital Saint-Louis

le 29 janvier 1890. Il présente à gauche une hernie irréductible. A droite, on ne sent aucune impulsion. Il raconte qu'à droite il a eu une hernie qui s'est montrée, mais ne sort plus. Il se plaint de souffrir constamment dans le ventre. Il accuse des douleurs à droite. Comme il porte une hernie irréductible à gauche, il semble que tout son mal vient de là, et le 13 février 1890 il subit la cure radicale.

M. Championnière trouve un sac d'aspect bizarre, avec masse fibro-graisseuse adhérente au testicule, qui est laborieusement disséqué; deux fils sur le pédicule; quatre sutures perdues sur la paroi abdominale.

Les suites sont très simples, la guérison est rapide, le malade ne se plaint que de sensations de brûlures à droite.

Cette douleur augmente, la figure s'altère, la température reste basse, les selles sont suspendues, le malade vomit; dans la région iliaque droite, il y a une douleur vive avec tuméfaction mal limitée (15e jour).

Le 27 février, l'état général devenant mauvais, M. Championnière procède à la laparotomie. Une première incision est faite verticalement au-dessus de l'arcade crurale droite sur la tuméfaction. Les anses intestinales sont agglutinées de ce côté en un point; un peu de liquide s'écoule.

Par cette voie un peu étroite, M. Championnière ne trouve pas qu'il soit possible de se reconnaître et de manœuvrer, et une large laparotomie est faite sur la ligne médiane. Par cette nouvelle voie, M. Championnière parvient sur la tumeur constituée par une anse intestinale sphacélée et un peu pincée dans une masse dure au voisinage de l'orifice profond du canal inguinal droit.

Cette masse détachée avec le doigt, on parvient dans un large foyer purulent, qui est nettoyé avec soin. L'anse intestinale est ouverte au point où elle est pincée.

Nettoyage et drainage par la plaie latérale droite; tampon de gaze iodoformée autour du drain. La plaie médiane est refermée sans drainage. Durée de l'opération : une heure trois quarts.

Les suites sont simples, le sujet guérit bien, les douleurs disparaissent, les selles restent difficiles; départ le 3 mai pour Vincennes.

Le 14 mai, ce malade revient de Vincennes, où il a été pris de ballonnement du ventre, d'arrêt des selles et de vomissements. M. Championnière l'opère à nouveau le 14 mai au soir, deux mois et demi après la première laparotomie.

M. Championnière fait cette laparotomie verticale directement sur l'orifice profond du canal inguinal. Série d'anses d'intestin grêle accolées à la paroi; deux anses soudées ensemble sont détachées avec des ciseaux. Bride très vasculaire sectionnée. Une portion d'intestin très indurée est rétrécie. Nettoyage, sutures à trois plans sans drainage.

Selles le lendemain, mais peu de gaz; ballonnement. M. Championnière coupe les sutures; l'intestin a tendance à faire hernie. Le troisième jour, le ballonnement continue, M. Championnière ouvre l'intestin. A partir de ce moment, la distension diminue, les selles conti-

nuent à se faire par la voie normale, avec issue de quelques matières par la fistule. Le malade sort le 24 décembre 1890 en très bon état; il a une fistule stercorale qui donne d'une façon irrégulière.

Le côté gauche, opéré de cure radicale, continue à être parfaitement solide sans bandage.

Il me paraissait prématuré de tenter la fermeture de son anus artificiel en voie de guérison. Mais il était trop impatient pour s'accommoder des lenteurs que je croyais utiles.

L'histoire de ce sujet est tout à fait extraordinaire. En remontant dans le passé, on pouvait s'assurer que, depuis longtemps, il avait dans le côté droit des douleurs inexpliquées, et, certainement, une partie des douleurs attribuées à la hernie gauche, que l'on voyait, appartenait à la hernie droite interstitielle, que l'on ne voyait pas, et qui finit par être la source de tous ces accidents.

Ma quatrième laparotomie fut faite sur un homme que j'avais opéré d'une hernie inguinale droite et qui fut bien le malade le plus indocile que j'aie vu de ma vie, une sorte d'aliéné. Pour en donner une faible idée, je rappellerai que, le lendemain de son opération, cet homme, trouvant qu'on le privait de boisson, se mit à boire tout le contenu de son urinoir. De même il s'agitait sans cesse, malgré nos objurgations.

Hernie inguinale gauche (congénitale). Cure radicale, résection d'épiploon. Épanchement sanguin secondaire dans le ventre. Accidents d'étranglement. Laparotomie. Évacuation d'un énorme foyer sanguin. Guérison.

Un homme âgé de 20 ans (observation n° 211) entre le 17 janvier 1891 à l'hôpital Saint-Louis. Il a une hernie inguinale gauche depuis l'enfance (âge de 8 ans). Bandage intolérable; depuis quelque temps la hernie augmente.

Cure radicale le 5 février 1891. Sac dans le cordon, adhérence extrême à l'épididyme. Epiploon réséqué en deux fois, 80 grammes; six catguts; six sutures perdues sur la paroi abdominale; drainage.

Suites de l'opération très simples, malgré l'extrême indocilité du malade. Le matin du neuvième jour, premier pansement; la température, dont le maximum a été 38°,2, est redescendue depuis trois jours, et marque ce matin 36°,8.

Le malade se retourne dans son lit, se met sur le ventre et descend de son lit après le pansement, malgré la défense et la surveillance. La température s'élève à 38°,8. A partir de ce jour, fièvre, malaise, puis arrêt des selles, vomissements; la température reste élevée de 38° à 38°,8.

L'état général devient très mauvais; pouls petit, vomissements. Tuméfaction avec douleurs dans la fosse iliaque droite.

Le dix-neuvième jour, le malade étant chloroformé, je fais du côté

droit, *côté opposé à celui de la cure radicale*, une grande incision parallèle à l'arcade crurale, et je trouve les anses intestinales repoussées et comprimées par un immense épanchement sanguin. Nettoyage, drainage. Évacuation d'une énorme masse de sang altéré. Guérison rapide; le malade, qui a subi sa deuxième opération le 24 février, part le 18 avril pour Vincennes. Il a été revu un an après sa première opération, le 5 janvier 1891, en état aussi satisfaisant que possible.

Hernie étranglée. Kélotomie. Suture intestinale sur un point sphacélé, réduction. Obstruction intestinale. Laparotomie près de trois mois après la première opération. Dissection d'une anse intestinale rejetée dans le ventre. Guérison.

Ma sixième opération a été faite à beaucoup plus longue échéance après une opération, mais elle est instructive surtout au point de vue thérapeutique, et j'ai pensé qu'il fallait la joindre aux précédentes. Elle appartient à un homme de 56 ans qui avait été opéré le 22 octobre 1890 pour une hernie inguinale gauche étranglée, par mon interne, M. Delagénière. Une anse intestinale présentant une petite perforation avait reçu un ou deux points de suture en catgut fin et avait été réduite. Le malade subit, en outre, la cure radicale. Malgré des conditions générales et locales fort mauvaises, il guérit très bien ; mais il conserva des douleurs assez marquées dans le ventre. Il put se lever et marcher, mais fut pris de troubles intestinaux assez graves, d'arrêt des gaz, avec coliques, violentes ; son état général devint très mauvais ; il ne pouvait plus s'alimenter et, sans qu'il eût une obstruction intestinale complète, sa situation s'aggrava tous les jours ; les vomissements et les douleurs, le ballonnement des anses intestinales qui, lors des coliques, se dessinaient sous la paroi abdominale, me déterminèrent à intervenir. Je pensais trouver au-dessus de la région herniaire un rétrécissement ou une adhérence intestinale. Je fis au-dessus du pli de l'aine une large laparotomie qui me permit de constater que l'anse intestinale qui avait été trouvée altérée s'était accolée à la paroi abdominale et, en ce faisant, s'était coudée. Il existait donc là un rétrécissement et les gaz ne passaient guère ; les matières solides et les liquides ne le franchissaient qu'en quantité très insuffisante et malgré des contractions horriblement douloureuses.

Pour supprimer la région intestinale altérée, il eût fallu faire une résection intestinale très étendue et faire courir à ce sujet âgé tous les risques d'une entérorrhaphie. Je préférais tenter un autre moyen après l'échec duquel il eût été temps de recourir à cette entérorrhaphie. Je disséquai l'anse intestinale avec toute la portion de paroi abdominale à laquelle elle était adhérente, comme on dissèque quelquefois les anses intestinales adhérentes aux kystes ovariens, en laissant à leur surface la paroi du kyste, pour ne pas altérer la surface de l'anse. Après un long travail, je pus rejeter dans le ventre l'anse entièrement libérée et pouvant parfaitement se redresser, malgré le revêtement de tissu de la paroi qui la recouvrait, puis je reconstituai

la paroi abdominale au-devant par une série de douze sutures de catgut perdues.

L'opération, très laborieuse, avait duré une heure un quart.

Le malade guérit avec une très grande rapidité. Aussitôt après l'opération, le cours des matières devint régulier et les douleurs abdominales cessèrent immédiatement. Depuis son opération, c'est-à-dire depuis un an, il a été revu bien souvent à l'hôpital, et les accidents dont il souffrait n'ont jamais reparu.

L'éventualité des étranglements post-opératoires peut sembler quelque peu effrayante pour ceux qui ne sont pas rompus à la chirurgie abdominale, et je reconnais qu'au premier abord on aurait quelque raison d'être effrayé en songeant qu'ils peuvent survenir. Mais si l'on réfléchit, on reconnaîtra qu'il vaut mieux être préparé qu'effrayé de cette éventualité. Elle est inséparable, *non de la hernie en elle-même, non de la cure radicale*, mais de certains mauvais cas, comme elle est inséparable de l'ovariotomie.

Ces observations diffèrent sensiblement les unes des autres, mais il est facile cependant de tirer de leur réunion certains enseignements. On concevra d'abord comment dans la chirurgie abdominale, quand on n'écarte pas systématiquement les mauvais cas, on est exposé à rencontrer des complications de la plus haute gravité, auxquelles on ne peut remédier qu'avec une attention soutenue.

Dans tous les cas, le diagnostic était d'une extrême difficulté. Le début des suites opératoires n'avait permis de prévoir aucune complication, et cela dans le cas où, comme pour l'ovariotomie ou pour l'étranglement interne du côté opposé à une hernie, l'intensité des lésions fut très grande avec des surfaces considérables d'oblitération. Comme les phénomènes définitifs sont lents à se produire, comme les accidents de parésie intestinale même tardifs sont très communs dans la chirurgie abdominale, l'embarras peut être extrême. Douleurs abdominales avec vomissements, état général grave se présentant souvent pour céder à un purgatif ou à une série de purgatifs. J'ai vu une femme qui, au neuvième jour après une ovariotomie, a eu des vomissements fécaloïdes qui ont cédé à un dernier purgatif combiné avec une série de lavements ; j'avais bien hésité à lui ouvrir le ventre.

Un premier avantage du purgatif dans ce cas, c'est d'établir nettement la situation, et, après avoir hésité un peu au début, je n'y mets plus aucune forme. *Il faut que le sujet aille à la selle*, et il est purgé *dès le lendemain* de son opération s'il n'a pas été purgé le jour même, ce que je fais très fréquemment.

Pour la cure radicale de la hernie je ne verrai pas se reproduire un accident que j'ai observé malheureusement. Sur les deux cent

soixante-douze cas de cure radicale sans étranglement que j'ai faits, j'ai perdu deux opérés : l'un, cas très difficile, mort de congestion pulmonaire, que j'ai fait connaître depuis longtemps ; l'autre fut un cas d'étranglement interne survenu immédiatement et qui ne me fut pas signalé par l'aide chargé de la surveillance du patient pendant que j'étais malade. Si le malade avait été purgé dès le lendemain, comme je le pratique aujourd'hui, ce fait n'aurait pas pu se passer; les accidents n'auraient pas fait de doute même pour l'infirmier, et je serais intervenu à temps certainement avec succès, car il s'agissait d'une lésion insignifiante et d'une opération infiniment plus facile que celles dont je viens de rapporter les excellents résultats.

Le ballonnement déterminé par le purgatif compliquera-t-il l'opération qu'il faudra faire ? Je ferai remarquer que *tous les sujets* que j'ai opérés avaient été purgés plusieurs fois. Ce ballonnement serait gênant si on faisait de petites incisions abdominales. Mais si l'on agit largement comme je le recommande, ce ballonnement n'a rien qui doive préoccuper.

En ce qui concerne l'action qu'il peut avoir pour provoquer le développement de la péritonite, il suffit de se rapporter à toutes les observations de la chirurgie abdominale pour constater absolument le contraire. L'opinion exprimée par Lawson Tait est même que, la péritonite ayant débuté, le purgatif est le seul moyen de conjurer son développement.

Ainsi donc, comme il s'agit d'abord d'intervenir à temps, le purgatif doit à la fois servir de traitement pour tout embarras intestinal et de pierre de touche pour le diagnostic si difficile à établir. Le purgatif, qui a rendu de si grands services aussitôt après une opération abdominale, en rendra encore un fort grand après les opérations pour étranglement. On nous dit sans cesse que dans ces cas il faut absolument tenir l'intestin *au repos*. C'est le contraire qu'il faudrait dire. Si on veut que l'intestin contracte le moins d'adhérences possibles, il faut lui rendre le plus tôt possible des mouvements artificiels, et le purgatif en est le moyen le plus sûr.

En ce qui concerne l'étranglement, je suis certain qu'une des circonstances qui m'ont permis d'être assez heureux pour guérir tous mes opérés, même celui qui fut opéré deux fois, c'est l'importance que j'ai donnée à mes incisions. Il ne faut pas oublier que les cas auxquels on a affaire sont très complexes. Il faut par conséquent agir par voies très larges. S'il faut, comme je l'ai fait, détacher avec des ciseaux des anses intestinales solidement réunies, s'il faut avec cela, comme cela m'est arrivé, nettoyer des foyers purulents largement ouverts au milieu des anses intestinales, il

est indispensable d'avoir une place considérable ; et on a vu que, dans un cas difficile, je n'ai pas hésité *à faire deux larges ouvertures à la paroi abdominale*, l'une latérale et l'autre médiane.

En ce qui concerne l'action prétendue de l'opium ou de la morphine contre la péritonite, j'y crois si peu que je ne l'emploie chez mes opérés absolument que contre la douleur et si celle-ci n'existe pas ou si elle est calmée, je suis trop heureux de pouvoir m'en passer. Dans un cas d'étranglement où je l'ai employée, je visais précisément la douleur et je l'ai prescrit à une malade surtout pour lui donner une nuit passable en attendant l'opération.

C'est là un point des plus importants à fixer en thérapeutique. Voici bien longtemps qu'il est discuté. On a pu se quereller beaucoup sur les faits lorsque les opérations étaient suivies d'une énorme mortalité. On s'empressait d'attribuer à l'une ou à l'autre des prescriptions les plus petites améliorations. Mais lorsque l'on compte par centaines les cas de chirurgie abdominale où cet emploi des purgatifs a eu lieu avec succès, je pense qu'on peut forcer la conviction.

La détermination du moment favorable pour l'intervention n'est pas chose moins difficile, et ce n'est pas trop d'appeler toute son attention sur les accidents d'étranglement proprement dit, sur les abaissements de température, sur certaine diminution des vomissements qui est plutôt un signe de mort prochaine, pour hâter l'opération. Il faut aussi tenir un grand compte de la possibilité d'évacuation des gaz qui est un fait capital et souvent distinct de celui de l'évacuation des matières solides ou liquides. C'est ainsi seulement qu'on peut obtenir une série aussi favorable que celle que je présente aujourd'hui et qui a certainement bien peu de semblables, la mortalité, lors de l'intervention pour étranglement post-opératoire, restant élevée pour la plupart des opérateurs.

Discussion.

M. Kirmisson. M. L. Championnière m'aurait moins pris à partie s'il avait entendu ou mieux écouté ma communication. Je n'ai pas dit un mot des étranglements post-opératoires et n'ai nullement parlé de leur traitement soit par les purgatifs, soit par l'opium ; j'ai parlé de faits complètement différents.

M. L. Championnière. J'ai surtout retenu de votre communication que, d'après votre opinion, les purgatifs pouvaient provoquer la péritonite, et c'est contre cette assertion que je m'élève ; j'ai pour ma part des preuves manifestes du contraire. Vous avez dit qu'il ne fallait pas donner de purgatifs parce que l'opération

deviendrait trop difficile à cause de la distension gazeuse de l'intestin. Il m'a semblé intéressant de rapporter des faits qui viennent protester contre cette opinion, qui du reste ne vous est pas personnelle, et contre cette médication que vous n'avez pas inventée.

M. Kirmisson. Je répète à M. Championnière que je n'ai nullement parlé de péritonite post-opératoire ni du traitement qui peut lui convenir.

J'ai cité à propos du traitement de l'étranglement interne les opinions de Terrier, de Ch. Nélaton et d'un certain nombre de chirurgiens anglais, et je n'ai pas la prétention d'avoir rien inventé à ce sujet. Je pense, au contraire de vous, que dans ces cas le traitement par excellence consiste dans l'administration de l'opium et non des purgatifs ; et c'est tout ce que j'ai voulu dire.

M. L. Championnière. Je n'ai voulu en rien blesser les opinions de M. Kirmisson, je n'ai voulu que citer des faits contraires à ces opinions et ne visant en rien leur auteur.

Présentation de malades.

1° *Luxation de l'astragale en avant et en dehors. Extirpation de l'astragale.*

M. Gérard-Marchant. Je profite de la discussion soulevée à l'occasion du rapport de M. Chauvel sur l'extirpation de l'astragale, pour vous présenter au nom de M. Nicaise et au mien un malade que j'ai eu l'occasion d'opérer à l'hôpital Laënnec, dans le service de mon excellent maître M. Nicaise et avec son assistance.

Cet homme, M. L.., âgé de 52 ans et qui exerce la profession de journalier, est entré le 28 septembre dernier à l'hôpital Laënnec (salle Malgaigne, 4) pour une luxation de l'astragale gauche. Quelques jours avant, le 19 septembre, il descendait un escalier à pente raide en portant un lourd fardeau (150 kilogrammes ? ?) sur ses épaules [1] et en tenant la rampe de la main droite ; il se retourna pour parler à son fils qui le suivait : il avait alors le pied gauche sur la marche inférieure et placé de telle sorte que le bord externe était parallèle au bord de la marche : c'était le pied gauche qui supportait le poids du corps.

Le pied glisse de trois marches tandis que le malade tombe sur

[1] Observation rédigée d'après les notes qui m'ont été remises par M. Morax, interne du service.

le côté droit. Il se relève tout seul et il constate une déviation assez marquée du pied en dedans avec renversement en dehors et en bas du dos du pied. Malgré une douleur vive le blessé remonte l'escalier. D'après le dire du malade la déviation du pied s'accentua encore le lendemain.

Le médecin qui fut appelé auprès du blessé fit des tentatives réitérées et infructueuses de réduction (sans anesthésie). Ces manœuvres furent renouvelées sans succès dans un service d'hôpital de la ville de province où se trouvait le journalier au moment de l'accident.

Lorsque, le 28 septembre, le blessé entre à l'hôpital Laënnec, nous constatons les symptômes suivants : *impossibilité de la marche due à l'impotence du membre inférieur gauche. Rotation interne du pied, qui forme avec l'axe de la jambe un angle d'environ 45°. Le bord externe du pied est abaissé et renversé en bas et en dedans. On constate une saillie très accusée au niveau de la région tarsienne et à la face dorsale du pied en avant de la mortaise tibio-péronière. Cette saillie présente une arête très nette qui soulève et tend la peau : celle-ci est le siège à ce niveau d'une escarre noirâtre de la dimension d'une pièce de 1 franc, autour de laquelle existent du gonflement, de la rougeur, de la sensibilité, de la chaleur*, en un mot un véritable phlegmon dorsal du pied. Cependant après avoir déprimé cette tuméfaction on peut se rendre compte que de chaque côté de cette *arête existent des surfaces planes. La malléole interne paraît intacte; la pression ne détermine aucune douleur à ce niveau. La malléole externe est légèrement douloureuse au contact, mais pas suffisamment pour admettre une fracture.* Le pied est immobilisé dans la position que nous avons indiquée, et les mouvements provoqués ou spontanés ne le modifient nullement, et déterminent des douleurs assez vives.

Le diagnostic devenait facile d'après l'analyse de ces symptômes ; il s'agissait d'UNE LUXATION EN AVANT ET EN DEHORS DE L'ASTRAGALE, SANS FRACTURE DES MALLÉOLES.

Une dernière tentative de réduction fut pratiquée, après anesthésie chloroformique, le 1er octobre 1891 : elle échoua, l'astragale venant buter contre la mortaise tibio-péronière.

L'*extirpation de l'astragale* fut pratiquée le 2 octobre 1891, sous le chloroforme. Une incision tégumentaire de 6 à 8 centimètres est faite le long et en dehors du péronier antérieur. Du milieu de cette incision en part une seconde perpendiculaire et plus courte qui descend obliquement en arrière sur l'astragale luxée et s'arrête au-dessous de la malléole péronière. Par ces mêmes incisions, cette fois profondes, et par la dissection des deux petits

lambeaux et leur relèvement on découvre le côté externe de l'astragale et sa face supérieure articulaire luxée. Avant de pratiquer une incision interne, je saisis l'astragale avec un davier Farabeuf et l'extirpation en est des plus faciles : il n'y a eu qu'à cueillir cet os pour ainsi dire.

L'inspection de l'articulation nous permet de constater l'intégrité absolue des malléoles : la malléole externe ne présentait *aucun trait de fracture.*

La réduction s'obtient sans difficulté et la fourche tibio-péronière s'abaisse alors sur le calcanéum.

Avant de suturer les téguments j'excise avec grand soin l'escarre de façon à affronter des surfaces saines ; un petit drain est placé à la partie déclive. Pansement à la gaze iodoformée. Appareil plâtré immédiat et fixation du pied en bonne attitude.

Les suites opératoires ont été des plus simples.

Le 25 novembre le malade commence à se lever ; il marche avec des béquilles. Le 20 décembre il quitte le service, marchant assez facilement.

Aujourd'hui, 10 février 1892, ce blessé peut faire sans béquille 4 ou 500 mètres. Il n'est nullement gêné par son pied, qui est en bonne attitude et qui jouit de mouvements d'extension et de flexion : il repose solidement sur lui, mais il est rhumatisant depuis deux ans et est surtout gêné par des douleurs dans les genoux et dans les hanches.

Je mets sous les yeux des membres de la Société de chirurgie le moule du pied *avant* et *après* l'intervention chirurgicale.

Voici aussi l'*astragale extirpé :* cet astragale est fracturé au niveau de son col, dont la plus grande partie est restée adhérente au scaphoïde et à la tête du calcanéum.

En regardant la face inférieure de l'astragale en avant de sa surface articulaire avec le calcanéum, on constate un arrachement de toute la lame externe, le diploé est mis à nu dans toute cette face antérieure. Il semble que le puissant trousseau ligamenteux calcanéo-astragalien a résisté et a provoqué l'arrachement et la fracture du col de l'astragale.

2° *Cancer de la langue et du plancher de la bouche, avec envahissement ganglionnaire ; opération datant de trois ans et demi ; pas de récidive.*

M. Quénu. Je crois intéressant de montrer à mes collègues ce malade, âgé d'une cinquantaine d'années et opéré par moi à l'hôpital Bichat il y a trois ans et demi, pour un cancer de la langue. A cette époque, cet homme souffrait tellement qu'il menaçait de se sui-

cider si on ne l'opérait pas. Cependant l'envahissement total non seulement de la langue, mais du plancher de la bouche et des ganglions sous-maxillaires du côté droit, nous faisait hésiter. L'opération fut pratiquée sous le chloroforme, avec l'aide de de M. Baudouin, par la voie sus-hyoïdienne et après section médiane du maxillaire inférieur.

La langue fut enlevée jusqu'au ras de l'épiglotte, et un fil de soie attaché à la peau du menton, à travers la suture de l'os de la mâchoire, maintint le larynx en avant et prévint l'asphyxie. Toute la région sous-maxillaire droite fut extirpée. Le malade, très énergique, supporta très bien cette grave opération. Dans la nuit même qui suivit, il s'alimenta lui-même au moyen d'une sonde introduite dans les fosses nasales. Les jours suivants, des complications pulmonaires nous donnèrent quelques craintes; pourtant la guérison s'acheva sans encombre, et le malade put retourner dans son pays, à Péronne, où il est jardinier. Il a, depuis, repris sa profession, gagne sa vie en travaillant et se porte à merveille. Vous pouvez constater qu'il n'a aucune trace de récidive ganglionnaire ni autre et qu'il jouit de toutes les apparences de la santé. A la place du plancher buccal, à droite, il existe une sorte de gouttière qui conduit directement dans le pharynx; une toute petite surface de muqueuse linguale mêlée à du tissu de cicatrice forme la paroi inférieure de la bouche. Il se fait, en parlant, très suffisamment comprendre; la déglutition est facile, la perception des saveurs amères est conservée, celle des saveurs salées ou sucrées est complètement abolie. Il reconnaît qu'on lui verse du sirop dans la bouche, mais à la consistance, et il s'agit d'une sensation tactile et non gustative. Des opérés de cancers de la langue ont été évidemment revus à des périodes post-opératoires bien plus éloignées, mais peu avaient dû subir de tels délabrements. Inutile de dire que la nature épithéliale de l'affection a été vérifiée.

Présentation de pièce.

Cancer du poumon gauche, pesant 8^{kg},750, *ayant envahi la cavité abdominale.*

M. Leprévost (du Havre). J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une pièce anatomo-pathologique provenant de l'autopsie d'une jeune fille de dix-sept ans, qui vient de succomber dans mon service de l'hospice général, où elle avait

été admise le 8 décembre dernier. Cette fille était entrée pour une tumeur occupant l'hypochondre gauche et la légion lombaire correspondante. En ce dernier point, on constatait une tuméfaction non pulsatile, du volume d'une grosse orange, au niveau de laquelle la fluctuation paraissait des plus nettes. Dans la portion abdominale, la fluctuation était aussi évidente, mais elle ne se transmettait point à la masse lombaire, de telle sorte que la tumeur semblait constituée par deux poches distinctes. Malgré cette disposition et malgré l'absence de toute déformation thoracique et de toute douleur rachidienne, en m'appuyant surtout sur l'indolence, l'évolution lente de la tumeur et les antécédents de la malade, dont la mère est morte phtisique, je pensai qu'il s'agissait d'un abcès par congestion que je me proposai de traiter par l'incision large et le curettage. Je fis donc en arrière, dans le point le plus saillant de la tumeur, une incision que je limitai heureusement à quelques centimètres de longueur. Lorsque, au lieu de pus, que je m'attendais à voir issoudre, je vis s'écouler du sang en abondance, mêlé d'une sorte de pulpe crémeuse, presque fluide, j'introduisis rapidement mon doigt dans la plaie pour arrêter l'hémorragie, et, raclant les parois de la poche, je ramenai des détritus fongueux qui ne me laissèrent aucun doute sur la nature encéphaloïde de l'affection. Je bourrai la poche avec une éponge enveloppée de gaze iodoformée retenue par un gros fil, et plaçai en ceinture un bandage fortement compressif.

Il n'y eut pas d'hémorragie secondaire ; mais, à partir de ce moment, la tumeur abdominale prit un développement énorme au point de refouler bientôt les fausses côtes gauches et d'occuper, quelques semaines plus tard, les deux tiers au moins de la cavité abdominale. Chose singulière, la malade souffrait fort peu et ne se plaignait guère que d'un peu de dyspnée attribuée au développement abdominal de la tumeur d'une part, et aussi d'autre part à un léger épanchement pleurétique gauche dont j'avais cru reconnaître l'existence.

La jeune malade mourut le 1er février, et l'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un cancer du poumon gauche, dont les deux lobes inférieurs étaient complètement envahis, sans toutefois être notablement altérés dans leur forme.

En dedans, la plèvre, épaissie et dégénérée, avait protégé contre l'envahissement du cancer les organes médiastiniques. En dehors, elle adhérait fortement aux côtes, dont quelques-unes étaient ramollies à leur face interne. En bas, le diaphragme s'était laissé user et refouler en avant par le néoplasme, si bien que celui-ci avait fait irruption dans la cavité abdominale et, après s'être en quelque sorte coiffé du péritoine, avait luxé suc-

cessivement tous les organes contenus dans l'hypochondre gauche. La rate, réduite au poids de 80 grammes, est délogée de sa position normale et repose un peu au-dessus et à droite de l'ombilic ; l'estomac, dont la direction est devenue perpendiculaire à la normale, occupe l'hypochondre droit ainsi que le côlon transverse et le pancréas. Le rein gauche, appliqué sur la convexité de la tumeur, semble faire corps avec elle ; il est pâle, aplati et réduit à quelques millimètres d'épaisseur à peine. L' S iliaque a quitté sa place ordinaire pour se porter à droite de l'angle sacro-vertébral.

Il semble que le péritoine épaissi ait protégé tous les viscères abdominaux contre la propagation du cancer, dont la masse reste partout rétro-péritonéale. Nulle part on ne découvre de foyer secondaire ou ganglionnaire, sauf dans le lobe inférieur du poumon droit, où se trouvent deux noyaux de la grosseur d'une fève. La tumeur adhère fortement à la colonne vertébrale. En arrière, elle est si intimement unie à la masse sacro-lombaire et aux fausses côtes qu'on ne parvient à l'en détacher qu'à grand'peine.

Le poids total est de 8kg,750. L'examen, fait au laboratoire de M. Ranvier, a démontré qu'il s'agissait d'un carcinome encéphaloïde. De consistance assez ferme sur certains points, elle est, sur d'autres, ramollie et pour ainsi dire liquéfiée, et ressemble à de la pulpe cérébrale en déliquescence. C'est au niveau de ces derniers points que j'avais constaté tout d'abord une fluctuation trompeuse. J'avoue d'ailleurs que je ne m'étais pas préparé, à propos d'une tumeur abdominale, à faire le diagnostic différentiel avec un cancer pleuro-pulmonaire, et si j'en crois les quelques recherches bibliographiques auxquelles j'ai pu me livrer, cette éventualité doit se présenter bien rarement. C'est donc à titre de curiosité clinique que j'ai cru intéressant de soumettre à la Société de chirurgie une observation qui peut-être eût plus justement trouvé sa place dans le *Bulletin de la Société anatomique.*

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 17 février 1892.

Présidence de M. CHAUVEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. POZZI, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

3° Une lettre de M. le Dr POUSSON (de Bordeaux), membre correspondant de la Société de chirurgie, accompagnant l'envoi d'une note intitulée : *Opération pratiquée chez une femme pour remédier à une incontinence d'urine d'origine urétrale ;*

4° Une lettre de M. le Dr COLIN (de Quimper), accompagnant l'envoi d'une note intitulée : *Opération césarienne pour rétrécissement congénital du bassin et guérison.* (Commissaire : M. Guéniot.)

A propos du procès-verbal.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Il y a dans la chirurgie du ventre un certain nombre d'accidents variés qui sont très améliorés par les purgatifs. Chez beaucoup de sujets, après la laparotomie, il se produit une parésie du gros intestin avec rétention fœcale et un état général grave qui se complique de tous les phénomènes de l'étranglement.

Le diagnostic de l'obstruction intestinale est en pareil cas très difficile. Chez une de mes malades, il y avait même eu des vomissements fécaloïdes ; la question a été vidée par un purgatif qui a rétabli le cours des matières. Et dans un certain nombre de cas il en est ainsi. Je crois donc que le purgatif doit jouer un rôle considérable et qu'il n'a pas d'inconvénients. Certes, il y a dans son administration une délicatesse de mains nécessaire ; tous

les malades ne doivent pas être purgés de suite ; mais d'autres, au contraire, trouvent le plus grand bénéfice dans le purgatif administré quelques heures après l'opération, et je reste convaincu que ce moyen agit heureusement dans une foule de circonstances.

M. Félizet. Si la discussion vive qui a marqué la dernière séance de la Société n'avait eu d'autre portée que la constatation de divergences pratiques personnelles entre M. Lucas-Championnière et M. Kirmisson, il n'y aurait pas lieu de revenir sur le procès-verbal.

Mais les affirmations qui ont été faites ici sont graves, et nous avons craint que le silence pût être interprété ailleurs dans le sens d'un assentiment.

M. Lucas-Championnière, vous vous le rappelez, a reproché à M. Kirmisson, qui s'en est d'ailleurs aisément défendu, de vouloir provoquer l'immobilisation de l'intestin, à la suite des opérations abdominales, en conseillant systématiquement l'usage de l'opium.

A ce système prétendu de notre collègue, M. Lucas-Championnière a opposé le système de Lawson-Tait, dont il a, pour ainsi dire, fait le sien.

« Je purge, a-t-il dit en substance, mes opérés le lendemain et souvent le jour même de l'opération, quelquefois même dans les deux heures qui suivent, dans le but de mobiliser l'intestin et sans ressentir la moindre crainte de provoquer la péritonite. »

Que les purgations, même précoces, soient indiquées à la suite de *certaines* opérations abdominales, c'est un fait réel et personne ici n'aura l'idée de le contester. Mais qu'à la suite de *toutes* les interventions sur le ventre (laparotomie, kélotomie ou cures opératoires de hernies) on vienne régler la conduite du chirurgien sur la formule d'un système aussi simple et aussi absolu que celui dont vous avez entendu la déclaration, c'est ce qu'aucun clinicien n'acceptera.

Le système est la négation de la clinique. La clinique n'est précisément un art, et un art difficile, que lorsque ses procédés d'analyse, ses décisions, ses actes et ses responsabilités n'ont rien d'absolu.

Toute son action est subordonnée aux indications, et les indications varient avec la nature du mal — avec la conduite, les particularités, les incidents et la durée de l'opération — avec les habitudes, l'âge et la résistance des sujets.

Les purgatifs et les astringents ne sont pour elle qu'un moyen, très subalterne et très soumis, qu'elle sait employer quand elle a saisi, après l'analyse minutieuse des faits, l'indication principale.

Or si l'indication principale est quelquefois d'empêcher l'engouement de l'intestin, elle est quelquefois aussi d'assurer le repos de l'appareil malade et de lui donner le temps d'opérer, dans le recueillement de l'immobilité, la réparation de ses points faibles.

C'est pour cela qu'envisageant la question d'une manière générale, nous aurions regretté de voir l'affirmation d'un système, quel qu'il soit, se produire sans réclamation devant la Société de chirurgie, dont les traditions de réserve, d'esprit analytique, l'horreur du parti pris et le bon sens sont universellement appréciés.

En raison même du bon renom de sagesse dont elle jouit et du danger qu'il y aurait à ce qu'on puisse prendre, hors d'ici, pour un précepte accepté l'expression d'une opinion intéressante, mais toute personnelle, il nous a semblé qu'il était opportun qu'un de nous dise ceci :

A la suite des opérations abdominales, et en particulier des opérations herniaires, que je connais un peu, il n'y a pas un remède à faire prendre, il y a un état à surveiller, et parfois un traitement à prescrire.

Or le traitement, variant forcément avec les indications, ne peut et ne doit pas être enfermé dans le cadre d'un système absolu.

Les purgations systématiques de M. Lawson-Tait, adoptées par M. Lucas-Championnière, ou les narcoses intestinales conseillées de parti pris par quelques autres, représentent, avec les divergences de deux excès opposés, le caractère commun d'une erreur clinique absolue.

Il en est ainsi de tous les systèmes.

M. Terrillon. La communication de M. Lucas-Championnière comprend deux choses, les étranglements post-opératoires et l'administration des purgatifs après les opérations abdominales.

Il y a trois ans, j'ai opéré une malade atteinte de salpingite double et chez laquelle les annexes droites étaient intimement adhérentes à l'appendice iléo-cæcal dont elles furent difficilement isolées. Les suites immédiates furent simples; au bout de 18 mois, il se produisit des accidents d'étranglement interne que je fus appelé à observer 48 heures après leur début.

L'examen de l'abdomen me fit penser que l'étranglement devait siéger sur l'intestin grêle. Après l'administration inutile de purgatifs et l'emploi de l'électricité, au bout de cinq jours je dus pratiquer la laparotomie. Dès l'ouverture du ventre, je tombai sur une anse d'intestin grêle vide qui me conduisit dans la fosse iliaque droite; là je trouvai une anse d'intestin étranglée sous un pont formé par l'appendice iléo-cæcal adhérent sur le côté de la symphyse pubienne. Je détachai l'appendice et au point où siégeait

une ligature posée au cours de ma première opération, je trouvai l'appendice hypertrophié et gros comme le doigt. J'en fis la résection et appliquai au point de section une suture de Lembert; la malade guérit.

Il y a deux ans et demi, j'opérai par l'hystérectomie abdominale une malade ayant un volumineux fibrome utérin, s'accompagnant de douleurs excessives, rendant la malade tout à fait infirme. La laparotomie fit reconnaître que l'épiploon était adhérent à toute la partie supérieure et gauche de la tumeur; cet épiploon était hypertrophié et présentait des veines énormes ayant le volume du pouce. Celui-ci fut détaché et après l'application d'une série de 22 ligatures, il fut réduit dans l'abdomen. Le fibrome fut alors facilement enlevé et son pédicule entouré d'un tube de caoutchouc réduit dans le ventre. La malade guérit. Neuf mois plus tard, après quelques accidents légers de gêne intestinale, il se produisit des phénomènes très graves d'obstruction : les moyens ordinaires de traitement n'ayant donné aucun résultat, je fis la laparotomie le cinquième jour. J'allai de suite chercher l'épiploon, que je pensais devoir être la cause des accidents : en effet, celui-ci s'était hypertrophié et formait un gâteau englobant l'intestin. Au-dessus de ce point existait une distension considérable. L'intestin fut libéré ; les gaz circulèrent et la malade guérit.

Ces deux faits nous prouvent qu'il y a lieu de tenir grand compte des particularités opératoires pour en tirer parti au point de vue des accidents et de la conduite ultérieure.

A propos des purgatifs administrés après la laparotomie, j'ai déjà dit quelle était ma pratique : le plus souvent, je purge les malades au deuxième ou au troisième jour au plus tard, surtout si la température monte à 38° ou 38°,5. La température tombe après la purgation ; il semble y avoir une espèce d'empoisonnement passager qui cède au purgatif.

Je ne crois pas au danger créé par les purgatifs ; je donne en général un purgatif doux tel que le calomel et quelquefois cependant du sulfate de soude à haute dose pour obtenir une débâcle rapide.

M. Reynier. J'appuie l'opinion de MM. L.-Championnière et Terrillon ; c'est au troisième jour en général que je donne le purgatif. Son emploi fait cesser le malaise et quelquefois les vomissements post-chloroformiques ; il ne me paraît jamais avoir donné d'accidents.

Je purge encore plus rapidement après les opérations de hernies étranglées, dès le lendemain de l'opération. On prévient ainsi des accidents de parésie intestinale qu'on observe surtout après l'étran-

glement de la hernie ombilicale. J'ai perdu des malades qui m'ont paru succomber à cette parésie intestinale. Pour moi, le purgatif est un excellent moyen de diagnostic et de traitement.

M. Quénu. Il me paraît nécessaire d'établir des distinctions. Je suis d'avis de purger les opérés dès le troisième ou le quatrième jour, ou même plus tôt, dès qu'il y a un peu de malaise. Mais en dehors des cas simples, il y a lieu de tenir grand compte de l'état de l'intestin et de l'intégrité de sa paroi. Dans les cas de salpingite, et surtout de salpingite suppurée, où il existe des adhérences avec le rectum, il faut être très réservé ; l'emploi du purgatif peut provoquer une péritonite mortelle par perforation intestinale ; j'ai observé un cas de ce genre.

M. Routier. J'ai la même opinion que M. Quénu ; chez une malade que j'avais purgée après une laparotomie, deux heures après la purgation se déclara une péritonite suraiguë et la malade succomba par pénétration du purgatif dans le péritoine. Cette conduite peut donc être dangereuse et doit être raisonnée d'après les cas. Je ne crois guère à la mort des malades par parésie intestinale ; dans ces cas, il me paraît toujours y avoir un certain degré de péritonite septique.

M. Berger. Chez une malade opérée de hernie crurale étranglée, allant tout à fait bien, j'ordonnai un purgatif au bout de cinq jours ; le lendemain elle était morte. L'autopsie me fit voir une petite perforation intestinale par laquelle les matières avaient passé dans le péritoine.

M. Terrier. Cette distinction me paraît tout à fait utile. Au début de mes opérations abdominales, je me proposais d'immobiliser l'intestin et je donnais de l'opium. Cette pratique, qui nous venait d'Angleterre, avait des inconvénients et provoquait la parésie intestinale. Et, pour le dire en passant, je reste convaincu que cette parésie n'est autre chose qu'une péritonite légère.

Depuis que nous faisons plus souvent la laparotomie, nous sommes arrivés à la pratique inverse. Mais j'ai vu des accidents arriver à la suite de l'administration du purgatif. Dans un cas, la surveillante de mon service, sans attendre mes prescriptions, donna un purgatif à une malade opérée depuis quatre ou cinq jours et en bonne voie de guérison ; la mort survint dans les vingt-quatre heures par péritonite suraiguë. On ne peut donc, en principe, dire qu'il faudra toujours purger ; il faut savoir apprécier les circonstances et surtout tenir compte de l'état de l'intestin.

Tout récemment, chez une jeune femme opérée de pyo-salpingite ouverte dans le rectum, je fis le drainage abdominal et je

donnai de l'opium. Pendant la période de calme et d'immobilisation, il n'y eut aucun passage ni par la fistule ni par le rectum. Le purgatif fut donné tardivement; mais il s'était établi des adhérences protectrices ; il n'y eut pas d'accidents et la malade guérit.

Les cas sont donc complexes et il est nécessaire de donner tantôt les purgatifs, tantôt l'opium, sans parti pris absolu.

M. L.-Championnière. Je tiens à répondre à M. Félizet que j'ai dit à la dernière séance à M. Kirmisson, une fois pour toutes, qu'il s'était mépris sur le sens de mes réflexions, qui s'adressaient non à lui, mais aux doctrines de thérapeutique qu'il défendait après beaucoup d'autres.

En ce qui concerne les réflexions personnelles de M. Félizet, je pourrais lui répondre que la plupart de ceux qui ont parlé depuis moi ont un *système*, et, après avoir usé du *système de l'opium* et de l'immobilisation, l'ont tous plus ou moins rejeté pour adopter le *système des évacuants*, plus ou moins rapidement adopté.

Mais je tiens aussi à lui dire que je professe une doctrine de pathologie générale absolument contraire à la sienne. Je ne connais pas de pire système que celui de ne pas en avoir, ce que l'on appelle l'éclectisme. L'expérience nous apprend que tous les chirurgiens qui ont une grande pratique ont professé des systèmes, et la raison de leur supériorité est précisément l'adoption d'une ligne de conduite générale qui fait défaut à ceux qui ont une moindre expérience. Je crois, en procédant ainsi, obéir aussi bien que qui que ce soit aux lois d'une pathologie chirurgicale appuyée sur une véritable observation clinique.

Les réflexions de M. Terrillon viennent à l'appui des miennes, et l'utilité des évacuants lors des élévations de température montre, comme l'a déjà fait remarquer Lawson Tait, que, loin de donner la péritonite, le purgatif est susceptible d'en enrayer le développement.

A entendre plusieurs de nos collègues, je ne connaîtrais pas de contre-indication, et les altératiens profondes de l'intestin devraient souffrir de la méthode que j'emploie. Mais je n'ai jamais rien dit de semblable, et j'estime que non seulement dans certaines altérations intestinales profondes, mais dans certains états de faiblesse générale, il faut savoir agir avec précaution. Mais il ne s'agit là que d'accidents tout à fait exceptionnels, ce qui ne change rien aux nécessités générales de la purgation hâtive.

M. Routier ne pense pas que la parésie intestinale puisse tuer les opérés. Je puis lui affirmer le contraire, et il me serait facile de citer des cas où cela est arrivé à moi et à d'autres.

Ce que je tiens à dire en terminant, c'est que le système de la

purgation post-opératoire, auquel je tiens beaucoup, est un excellent système. Je la fais plus rapide que la plupart de nos collègues, qui cependant l'emploient aussi. Ce que je tiens à faire, ce n'est pas une purgation accidentelle, c'est une évacuation systématique régulière et rapide d'action locale et générale fort heureuse. J'emploie, suivant les conditions, des purgatifs très variés, d'action douce ou d'action violente, suivant les cas. Je n'ai jamais dit qu'ils ne pouvaient être contre-indiqués ou ne pas avoir une action dangereuse. Mais c'est là le propre de toute thérapeutique active, et je ne pense pas qu'il faille en laisser la prescription à une garde ou à un infirmier, surtout dans les cas difficiles. J'en indique moi-même tous les modes d'administration, tout en les donnant très régulièrement et le plus vite possible.

M. Périer. Cette histoire est ancienne. En 1857, Chassaignac nous disait : « Quand un opéré est pris d'un frisson, il faut penser à trois choses : l'infection purulente, l'érysipèle ou la constipation. » Je me suis souvent rappelé cette phrase, et j'ai toujours fait remarquer la chute de la température après le purgatif. J'ai souvent conseillé à mes élèves de faire une thèse sur la constipation ; le sujet n'a tenté personne.

M. Jalaguier. L'observation que je vous communique est très analogue à celle du malade qui vous a été présenté par M. Quénu dans la dernière séance.

Épithélioma de la langue ayant envahi le plancher buccal. Ablation de la tumeur après résection de la moitié gauche du corps de la mâchoire. Guérison maintenue depuis trois ans et demi.

Constant L..., âgé de 68 ans, était atteint depuis deux ans d'un épithélioma qui, après avoir pris naissance sur le bord gauche de la langue, avait gagné le plancher buccal et contracté des adhérences avec le maxillaire. La tumeur s'étendait en arrière jusqu'au pilier antérieur du voile du palais. Les ganglions sous-maxillaires étaient indurés ; on sentait même un ou deux ganglions carotidiens.

Je me refusai tout d'abord à opérer ; mais les souffrances du malade étaient telles que je finis par céder à ses supplications.

L'opération fut faite à l'hôpital de la Pitié, le 6 août 1888, avec l'aide de mon collègue et ami le Dr Lagrange (de Bordeaux).

Après avoir largement découvert le plancher buccal et la région sus-hyoïdienne par la résection de la moitié gauche du corps du maxillaire, je fis la ligature de l'artère linguale au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde ; puis, avec le thermocautère, j'enlevai le pilier antérieur du voile du palais, toute la moitié gauche de la langue, depuis sa base jusqu'à sa pointe ; le plancher buccal avec la glande sous-maxillaire et les ganglions correspondants. Enfin, j'extirpai deux petits ganglions

situés sur la bifurcation de la carotide. L'écoulement sanguin fut insignifiant.

Tamponnement à la gaze iodoformée. Suture de la plaie sus-hyoïdienne, sauf à la partie postérieure. Pansement iodoformé.

Les suites opératoires furent des plus simples.

Le malade fut alimenté pendant quinze jours au moyen d'une sonde œsophagienne passant par la narine et laissée en permanence.

Il quittait l'hôpital au commencement de septembre, et, quinze jours plus tard, il pouvait retourner dans son pays.

Depuis cette époque, j'ai eu fréquemment des nouvelles de mon opéré par son compatriote le Dr Ménétrier. La santé est restée parfaite ; l'alimentation se fait bien ; la parole est facile. Au 1er janvier 1892, c'est-à-dire trois ans et cinq mois après mon intervention, Constant L... allait toujours très bien.

M. Quénu. Je crois qu'il est intéressant de rapporter ces faits. Ces cas de large ablation nous font voir que ce n'est pas l'étendue de la lésion qui fait le danger et la rapidité des récidives ; celles-ci peuvent se produire après les plus petites ulcérations. Le succès me paraît dû à la grande ablation des ganglions et de tous les points suspects.

Rapport.

Traitement des appendicites.

Rapport par le Dr Paul Reclus.

J'ai à vous rendre compte d'une observation d'appendicite suppurée qui nous a été communiquée par le Dr Régnier, médecin principal à Nancy : il s'agit d'un militaire de 22 ans pris tout à coup, en pleine santé et deux heures après son repas, de vomissements, d'envies infructueuses d'aller à la selle, de tendance à la syncope, puis de douleurs vives dans le flanc droit et de constipation qui cède au quatrième jour, à la suite d'une double purgation. Mais les accidents : hoquets, vomissements, tympanisme, douleurs, reparaissent au septième jour ; l'arrêt des matières s'accentue, le facies s'altère, le pouls s'affaiblit, la température s'abaisse à 36°,4, les extrémités se refroidissent et la situation paraît si grave que l'intervention est décidée.

On pratique la laparotomie sous-ombilicale ; M. Régnier introduit la main, à droite, jusque dans la fosse iliaque et rencontre bientôt l'appendice rigide, saillant et distendu par un corps étranger qui rentre dans le cæcum sous l'influence d'une pression légère. Mais, au même moment, s'échappe par la plaie un flot de

sérosité et de pus mis en liberté par la déchirure des adhérences. A cette profondeur, l'exploration méthodique est difficile; aussi une nouvelle incision, parallèle à la première, est faite dans le flanc droit; grâce à elle, on résèque et l'on suture l'appendice. Mais, ne trouvant pas encore assez de jour pour désinfecter le foyer, l'opérateur réunit les deux incisions verticales par une incision horizontale, et les deux lambeaux de cette H majuscule, rejetés en haut et en bas, permettent le lavage soigneux du péritoine. Des fils affrontent alors les lèvres de la plaie, sauf au niveau de l'ancien foyer et au-dessous de l'ombilic, où deux gros drains sont placés. Une guérison complète a été le résultat de cette intervention.

L'appendice excisé n'était pas perforé : les parois en étaient épaissies, tuméfiées, turgescentes, mais elles ne portaient en aucun point la trace d'une perte de substance ; l'intégrité des tuniques était, à cet égard, absolue. Cet absence d'ulcération a été constatée par d'autres auteurs : déjà Schuchart en avait publié des exemples ; il y a deux mois environ, la *Gazette médicale* en relatait un certain nombre ; Eichorn a cité trois observations où, malgré l'absence de perforation, une péritonite mortelle éclata, et nous trouvons des faits analogues dans les mémoires de Roux (de Lausanne); l'auteur y signale même la turgescence du processus saillant, rigide « comme le pénis d'un enfant en érection ». Il faut donc en revenir de l'ancienne opinion qui attribuait à une perforation nécessaire la péritonite, généralisée ou localisée, consécutive à l'appendicite. Le colibacille, cause ordinaire de l'infection, peut migrer au travers des parois enflammées pour provoquer les désordres de la fosse iliaque, ainsi que l'a indiqué Clado dans une récente communication à la Société de biologie.

Mais nous ne comprenons pas pourquoi M. Régnier a pratiqué sa première incision sur la ligne blanche ; l'évolution de la maladie ne laissait aucune incertitude sur l'existence d'une péritonite circonscrite dans le flanc droit. Pourquoi donc ne pas aller, par l'ouverture classique, directement sur le foyer du mal ? Il aurait évité cette triple incision en H qui ne laisse pas de donner quelques inquiétudes sur la possibilité de hernies consécutives. Et puis, et surtout il n'aurait pas côtoyé les graves dangers qu'entraîne l'inoculation du péritoine, fatale après la laparotomie sous-ombilicale ; les adhérences rompues ont livré passage au liquide purulent qui a fait irruption dans le ventre ; un lavage attentif et un drainage rigoureux ont conjuré les accidents, mais mieux valait ne pas s'y exposer, et l'incision oblique sur le foyer purulent enkysté aurait été à la fois plus économique, plus efficace et moins dangereuse.

Cette incision oblique, parallèle au ligament de Fallope, mi-

partie au-dessus et en dehors, mi-partie au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, est celle que nous préconisons avec Roux (de Lausanne) ; mais on saura la modifier suivant le siège précis qu'occupe la collection : tantôt l'incision sera prolongée plus en dehors ou plus en dedans ; tantôt on la remontera en l'éloignant de la fosse iliaque ; tantôt même on l'abandonnera pour recourir à l'incision de Max Schuller, et il y a quinze jours, chez un agent d'affaires de 32 ans, l'abcès de l'appendicite s'étant développé dans le flanc, je l'ai ouvert par une longue incision pratiquée à la cocaïne le long du bord externe du muscle droit antérieur.

Sur ce point, nous sommes tous d'accord ; mais depuis la première discussion que j'ai eu l'honneur de provoquer devant la Société sur le traitement chirurgical de l'appendicite, les idées paraissent s'être un peu modifiées chez beaucoup d'entre vous, et l'entente des premiers jours ne semble plus aussi complète. Non pas lorsqu'il s'agit de simple appendicite non suppurée, de ce que Talamon appelle, à tort selon nous, la colique appendiculaire; tous ici, je crois, nous pensons encore qu'une simple et première crise ne suffit pas pour légitimer l'ouverture du ventre et l'excision du processus malade ; plusieurs crises même ne forcent pas toujours l'intervention, et je soigne avec le Dr Maunoury (de Chartres) un garçon qui, en novembre 1890, puis en février, en juin et en septembre 1891, a été pris d'accès appendiculaires ; seulement ils étaient assez courts, leur gravité semblait s'atténuer, et voici cinq mois qu'ils n'ont pas reparu. Nous nous abstenons et nous espérons ne pas avoir à nous en repentir. Mais, d'autre part, si des récidives fréquentes surviennent, si elles s'aggravent, si l'existence d'un appendice plus volumineux fait craindre une rupture, comme nul ne peut mesurer d'avance l'intensité des accidents consécutifs, l'intervention nous semble indiquée, et on la pratiquera soit au milieu de la crise, soit plus tard, à froid pour ainsi dire.

Certainement l'intervention n'est pas alors toujours facile ; des adhérences peuvent unir les anses intestinales qu'il est difficile de séparer, et le vermium, perdu dans les néo-membranes, s'isole avec peine du cæcum, sur lequel il remonte par une coudure brusque. Nous avons assisté, dans une opération semblable, un de nos collègues de la Société qui n'a pu réussir à dégager et même à voir le processus. Mais outre que cette intervention, prudemment conduite, s'est toujours montrée innocente, elle est d'habitude couronnée de succès. Les journaux américains ont publié un nombre vraiment considérable de ces résections, et, dans son récent mémoire, Roux nous en donne une série importante. Nous signalerons un seul de ses faits : l'incision révéla un appendice amputé

spontanément dans l'une des crises précédentes; la section portait à 2 centimètres et demi de sa base; l'intestin s'ouvrait donc en toute liberté dans la séreuse, comme la trompe de Fallope dans le péritoine, car on ne trouva dans la fosse iliaque « ni abcès, ni fongosités, ni adhérences ».

L'entente persiste encore, croyons-nous, pour le troisième groupe, où nous mettons les appendicites qui ont provoqué une péritonite généralisée, qu'elle soit immédiate ou qu'elle soit secondaire, qu'elle ait pour origine soit la rupture du processus lui-même, soit l'ouverture dans le ventre d'un abcès circonscrit consécutif aux lésions de l'appendice. L'incision classique au niveau du foyer combinée avec la laparotomie sur la ligne médiane doivent être tentées. On sait combien le succès de cette intervention est rare ; il existe cependant des guérisons authentiques, et Roux nous en donne de nouvelles. Il ne faut donc pas hésiter, ce nous semble, mais sans trop d'illusions toutefois, car la gravité de ces cas est telle qu'ils ressortiraient moins, comme on l'a écrit quelque part, « à la chirurgie qu'aux pompes funèbres. »

C'est sur le dernier groupe, le plus nombreux, que se font jour les opinions les plus discordantes : je veux parler des appendicites qui provoquent autour d'elles une péritonite circonscrite et qui se traduisent par une tuméfaction nette dans la fosse iliaque ou le flanc droit. Au début, nous paraissions tous partisans de l'intervention. Dès que l'on sent, à la suite du tableau clinique si souvent tracé : douleurs vives localisées, nausées, vomissements, tympanisme, arrêt plus ou moins complèt des matières fécales, dès que l'on sent autour de la ligne spinoso-ombilicale une masse résistante, un foyer dur, une sorte de plastron, nous n'hésitons pas à l'ouvrir et, dans tous les cas, nous trouvons du pus. Notre pratique personnelle est peu étendue, et nous n'avons encore traité que 7 appendicites ; mais dans les 7 cas, et quel que soit le moment de notre intervention, qui a varié du deuxième au neuvième jour, le pus était collecté. Sunenburg, sur 22 cas, a constaté 21 fois sa présence, et Roux nous cite plus de 50 observations personnelles où son intervention a donné issue au liquide d'un abcès. Aussi, suivant en cela le vieux précepte qui domine la chirurgie de tous les temps, ces auteurs conseillent-ils d'évacuer ces foyers comme on évacue toutes les collections purulentes accessibles. Nous lisions ce matin dans la *Semaine médicale* que le 12 février, à la Société clinique de Londres, les orateurs les plus autorisés se sont prononcés en ce sens.

Mais voici que, depuis peu, surtout de l'autre côté du Rhin, les médecins conseillent l'abstention dans le plus grand nombre des

cas. Fränkel affirme que le pus ne se forme que très rarement dans les appendicites ; Guttmann est du même avis : la suppuration est exceptionnelle, et 95 fois sur 100, d'après lui, la pérityphlite se termine par la guérison sous le couvert d'un traitement médical. Telle est l'opinion de Furbinger, auquel l'abstention a donné 78 0/0 de guérisons, 12 0/0 d'améliorations et 10 0/0 de morts. Ewald, Leyden et en France Peter pensent aussi que l'intervention chirurgicale doit être l'exception : on n'y aura recours que dans les cas assez rares où les phénomènes généraux et une fluctuation franche viendront démontrer l'existence d'un foyer collecté sous la paroi abdominale.

Et d'abord, sur le premier point, sur la fréquence de la suppuration autour des appendicites, nous ne saurions hésiter entre les deux opinions ; car tous ceux qui ouvrent systématiquement les foyers ovoïdes, résistants, plus ou moins nettement circonscrits dans le flanc droit, ont trouvé une collection purulente. Les médecins nient l'existence de l'abcès uniquement parce qu'ils n'y sont pas allés voir. Seulement, du moment que ces foyers se résolvent le plus souvent, c'est que le pus peut se résorber, qu'il se résorberait même facilement ; ce fait, assez nouveau pour nous, me paraît maintenant hors de doute, et la simple opposition des opinions des médecins et des chirurgiens, des abstentionnistes et des opérateurs suffit pour nous permettre de l'affirmer.

Du reste, Roux, dans un cas, — et vous savez son autorité en semblable matière, — diagnostique une appendicite suppurée et conclut à l'intervention que diverses circonstances retardent ; mais peu à peu la tuméfaction diminue et finit par disparaître, ne laissant dans la fosse iliaque qu'une petite tumeur à peu près indolore. Je viens d'observer, avec deux de mes collègues de la Société, un fait analogue : un jeune garçon est pris de tous les symptômes de l'appendicite : douleurs vives dans la fosse iliaque droite, nausées, vomissements, élévation de la température, constipation, qui cède d'ailleurs à des lavements. Puis apparaît une tuméfaction très nette au-dessus et au-dessous de la ligne spino-ombilicale. Cette masse ovoïde, très résistante, est très douloureuse spontanément, et le moindre mouvement, la moindre pression exaspère la souffrance. Pour ma part, j'affirme l'existence de l'abcès, car ce cas ne diffère en rien des cas où tous les interventionnistes et moi parmi eux avons trouvé une collection purulente. Mais la fièvre est déjà tombée, la douleur est moins vive, l'état général est très satisfaisant, et l'abstention prévaut ; depuis, la résorption graduelle de la tumeur s'est produite. Roux a, dans ce cas, pu surprendre la transformation du foyer, et il nous cite une observation où l'appendicite perforatrice ne laissa comme souvenir

qu'un peu de tissu cicatriciel encapsulant une masse calcaire, vestige d'un ancien calcul.

Les appendicites suppurées peuvent donc guérir spontanément et la question thérapeutique se trouve alors posée en ces termes : Vaut-il mieux s'abstenir sous le couvert d'un traitement médical, ou est-il préférable d'ouvrir le foyer comme on le pratique dans les autres organes et pour les autres régions ? L'abstention peut se défendre si vraiment elle donne les beaux résultats qu'enregistrent les médecins ; elle a d'abord l'avantage d'éviter une opération innocente par elle-même, et c'est là un réel bénéfice, et puis l'incision a été dans des cas — fort rares, mais incontestables, et nous pourrions en citer un qui nous est personnel — le siège d'une hernie consécutive. Tout cela est bien. Mais nous nous méprîmes avec Roux sur les statistiques des médecins, qui ont un grave défaut : le même individu peut avoir trois, quatre, cinq attaques d'appendicite dont il guérira ; il peut donc figurer trois, quatre, cinq fois sur le relevé des abstentionnistes, il peut même mourir dans une dernière crise et figurer par conséquent cinq fois à la colonne des succès, pas une fois seulement à la colonne des morts.

Les malades qu'on nous dit guéris conservent le plus souvent un petit foyer au centre duquel se trouve une affection dangereuse et à tout propos peut se réveiller la maladie première. Roux, dans cinq opérations faites à froid, à la suite d'appendicites plusieurs fois guéries, a constaté une amputation spontanée du processus vermiforme, et nous trouvons dans les auteurs américains nombre de faits ou l'existence de perforations, de calculs, d'infiltrations, d'abcès dans les membranes présageaient une agression probable du « microbisme latent » et l'invasion d'une crise nouvelle dont on ne peut jamais au préalable mesurer la gravité. Aussi, pour notre part, nous n'hésitons pas : dès qu'apparaît dans la fosse iliaque une tumeur bien nette, nous savons donc par l'expérience qu'elle contient du pus et nous l'ouvrons même lorsque l'état général est bon, même lorsque les symptômes s'amendent, même lorsque le foyer tend à rétrocéder.

Nous avons, il y a quelques mois, été appelé hors de Paris pour un jeune homme, qui, dans une partie de chasse, avait été pris tout à coup d'une douleur vive dans le flanc droit et de tous les signes d'une appendicite. Le ventre se météorise, la fièvre s'allume et l'état paraissait grave. A notre arrivée une selle était survenue qui avait dégagé le malade ; il n'y avait plus de fièvre, la température était à 37° et le malade demandait à manger. Cependant il existait profondément une tumeur douloureuse. Nous avons fait une incision oblique à la cocaïne ; la grande cavité abdominale était libre, sans adhérence ; mais nous trouvons sous l'épiploon des anses aggloмé-

rées ; nous les séparons doucement, et par un petit pertuis quelques gouttes de pus surviennent que nous étanchons peu à peu, avec les plus grandes précautions, pour ne pas maculer le péritoine, qui, dans ce cas exceptionnel, n'était pas fermé par des adhérences. Nous vidons ainsi la cavité de l'abcès, au milieu duquel nous enlevons des débris de processus gangrené. Nous drainons avec une lanière de tarlatane et le résultat a été excellent.

Cette intervention nous paraît d'autant plus indiquée que dans le cas de tuméfaction de la fosse iliaque il n'est pas de symptômes pour permettre de reconnaître au début les cas graves des cas favorables. Lees insistait encore récemment sur ce point. Un foyer paraît évoluer tranquillement, d'une manière presque apyrétique, sans altérer l'état général. On croirait volontiers à une guérison rapide, lorsque tout à coup du pus rompt les adhérences et fait irruption dans le péritoine, ou vers la vessie, le foie, la plèvre, et y provoque des accidents de la dernière gravité. Pour n'être pas ordinaires, ces migrations sont relativement fréquentes, et nous avons noté dans les recueils un très grand nombre d'exemples. L'intervention systématique qui permet d''ouvrir toutes les poches purulentes — car elles sont souvent multiples — nous sauvera du moins de ces complications redoutables. Aussi conclurons-nous que si les appendicites sont moins dangereuses que nous le pensions au début et paraissent céder le plus souvent à un traitement médical, l'incision précoce du foyer est devenue cependant pour nous la méthode indiquée.

Je propose : 1° de voter des remerciements à M. le Dr Regnier ; 2° de déposer son mémoire aux Archives ; 3° d'inscrire M. Regnier en rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Les conclusions du rapport de M. Reclus sont mises aux voix et adoptées.

Discussion.

M. Terrier. J'ai observé deux cas d'une variété curieuse d'appendicite. J'ai vu avec mon collègue M. Duguet une Égyptienne présentant des symptômes d'appendicite, sans que l'on pût affirmer le diagnostic de la suppuration ; on constatait en outre une induration de la région du cæcum. A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai que le cæcum était induré et que l'appendice était replié sur lui-même et ramolli. Celui-ci fut reséqué et son moignon fut fixé à la plaie abdominale. Il s'agissait d'une appendicite *tuberculeuse*. Il y eut amélioration des douleurs ; puis une fistule se produisit, de la diarrhée apparut de nouveau et il se fit une péritonite tuberculeuse.

Dans un autre cas, M. Bouchard m'appela auprès d'un malade qui avait dans la fosse iliaque droite une énorme tuméfaction. Celle-ci avait été précédée de douleur et il s'était produit un phlegmon de la fosse iliaque d'origine cæcale appendiculaire. Les accidents arrêtés pendant quelque temps se reproduisirent et il se fit une fistule au voisinage de l'anus, consécutive à une suppuration ischio-rectale. Quand je vis le malade, il était cachectique et présentait dans la fosse iliaque une grosse tumeur avec une ulcération, ressemblant à un sarcome ulcéré : on pouvait donc penser à un néoplasme. Mais en me rappelant l'histoire de l'Égyptienne et en tenant compte de la présence antérieure d'un abcès, j'eus l'idée de faire examiner le pus et on y constata une quantité énorme de bacilles tuberculeux. Le malade succomba à la tuberculose.

Je pense qu'il doit y avoir d'autres observations semblables et qu'on a sans doute enlevé comme atteints de cancer des cæcums infiltrés de néoplasie tuberculeuse. Ces poussées de tuberculose peuvent se calmer et guérir spontanément ou après l'ablation de la lésion.

M. Anger. Il y a un mois, j'ai vu en province une jeune femme que j'avais observée au mois de septembre dernier, atteinte d'une appendicite aiguë. A cette époque, j'avais proposé l'intervention, qui fut refusée ; mais au mois de novembre, de nouveaux accidents se reproduisirent et j'ai fait l'opération. A l'examen, on constatait une espèce de boudin qui me parut très nettement être l'appendice iléo-cæcal. Mais à l'ouverture du ventre, je trouvai que ce boudin était formé par l'épiploon induré, situé au-devant du cæcum et simulant l'appendice. Cet épiploon fut enlevé ; derrière lui existait un petit abcès contenant environ un dé à coudre de pus et communiquant avec une perforation du cæcum que je fermai par une suture. La malade guérit.

Il faut donc se rappeler qu'il y a non seulement des appendicites, mais aussi des pérityphlites. Mais dans ce cas l'erreur ne pouvait guère être évitée, et j'étais absolument convaincu que le boudin senti sous la paroi était l'appendice iléo-cæcal enflammé.

Scrutin

M. Le Dentu est nommé *membre honoraire* à l'unanimité des suffrages.

Présentation de malade.

M. Peyrot présente un jeune malade auquel il a pratiqué avec succès l'*orchidopexie*.

Discussion.

M. Championnière. Ce résultat est très satisfaisant; le testicule ne remonte un peu que parce qu'il a dû être très difficile à abaisser.

Présentation de pièce.

M. Monod présente un rein volumineux enlevé par néphrectomie abdominale extra-péritonéale chez une jeune fille de 17 ans qui présentait la veille de l'opération une température de 40°. L'ablation de l'organe a été suivie d'une chute subite de la fièvre. La température, tombée le soir même à 37°,5, est restée depuis lors (huit jours) aux environs de 37°. Sur la pièce cependant on ne trouve d'autre lésion qu'une dilatation du bassinet, contenant une urine altérée, et dans la substance corticale une série de petits points gris jaunâtres, pouvant à l'œil nu être pris soit pour des granulations tuberculeuses, soit pour de petits abcès miliaires. L'examen microscopique sera fait. Le rein, gros, bosselé, mesure 17 centimètres de long. L'urine la veille de l'opération ne contenait ni pus ni albumine.

M. Monod se réserve de publier plus tard l'observation complète.

Présentation d'instrument.

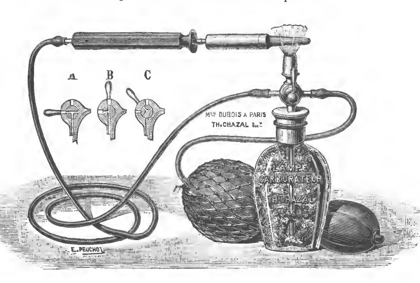
M. Monod, présente une modification du thermocautère imaginée par M. Chazal, fabricant d'instruments de chirurgie, et supprimant entièrement l'emploi de la lampe à alcool.

Dans cet appareil, la modification consiste en un robinet adapté sur un flacon d'essence; le robinet est surmonté d'un chalumeau à sa partie supérieure et de chaque côté des tubulures ordinaires pour y ajuster le tube de caoutchouc d'une part, et de l'autre la poire à insufflations.

Lorsque l'on produit la pression d'air et que l'on ouvre le robinet dans le sens vertical, les gaz carburés sortent par le chalu-

meau et s'allument à la moindre flamme; on obtient par ce fait une température très élevée qui permet de rougir fortement le cautère et de le décrasser s'il y a lieu.

Après cette première opération il suffit de renverser la clef du robinet dans la position horizontale pour faire passer les gaz dans le cautère et éteindre en même temps le chalumeau. De plus le robinet sert à régler le cautère à toutes les températures.



De cette modification il résulte les avantages suivants :

L'emploi d'un seul liquide, — le volume réduit de tout le système, le rendant plus portatif, — le flacon garni d'éponge, qui n'est plus susceptible en se renversant de faire pénétrer l'essence dans les tubes de caoutchouc, — et enfin la facilité de faire cette transformation au système existant déjà, par l'adoption du robinet carburateur.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

G. Bouilly.

Séance du 24 février 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Routier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. Ledru (de Clermont), membre correspondant, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. Villeneuve (de Marseille). A propos des cas fort intéressants d'occlusion intestinale post-opératoire communiqués par M. Lucas-Championnière, j'ai l'honneur de communiquer l'observation résumée d'un cas, non pas semblable, mais analogue, et qui mérite, je crois, d'attirer quelques moments l'attention.

Il s'agit d'une néphrectomie transpéritonéale pour cancer du rein, pratiquée sur une Italienne de 35 ans qui a succombé, le vingtième jour après l'opération, à une occlusion incomplète du duodénum.

Cette femme, entrée dans mon service de l'Hôtel-Dieu au mois de décembre dernier, ne présentait rien de bien particulier dans ses antécédents, si ce n'est, depuis un an environ, des troubles gastriques assez accentués : perte d'appétit, vomissements bilieux et plus souvent muqueux survenant le matin, constipation et plus tard vomissements alimentaires et amaigrissement.

A son arrivée, je constate une tumeur résistante, globuleuse, non fluctuante, grosse comme les deux poings réunis, et située dans le flanc gauche, au niveau de l'ombilic. Elle est mate dans sa plus grande étendue, qui fait saillie sous la peau ; mais en de-

hors, dans le flanc gauche, elle présente une zone de sonorité. Le ballottement est difficilement perçu à cause de la contraction des muscles abdominaux.

Pas d'hématuries, pas de varices dans la grande lèvre du même côté. La malade se plaint seulement de ses digestions et d'une douleur vive, mais mal localisée dans la région lombo-sacrée gauche.

En présence de ces symptômes, de l'amaigrissement et de la marche rapide de l'affection, je diagnostiquai un cancer du rein et proposai l'ablation, qui fut acceptée. Les troubles gastriques me parurent devoir être rapportés à la présence de la tumeur, et être semblables à ceux que j'avais signalés dans l'observation de néphrectomie que j'ai eu l'honneur de lire à la Société de chirurgie le 5 mars 1890.

Le 18 décembre, je pratiquai l'ablation de la tumeur par la voie transpéritonéale, en présence de MM. les D[rs] Henaff, médecin principal de la marine ; Perrin, Pilatte, et avec l'aide de M. le D[r] Melchior Robert, mon chef de clinique.

L'opération n'offrit rien de spécial, sinon une assez grande difficulté pour saisir et serrer le pédicule avec de forts fils de soie. Les bords de la plaie péritonéale profonde furent suturés en collerette à la peau, suivant la méthode de M. Terrier, et la poche ainsi *marsupialisée* fut bourrée assez énergiquement avec un *mickulicz;* car il continuait, malgré la ligature, à s'écouler du sang veineux en assez grande quantité. Enfin le reste de la plaie abdominale fut fermé par une suture à trois plans au catgut et au crin de Florence.

La tumeur, d'aspect encéphaloïde et entièrement encapsulée, est du poids de 700 grammes.

Les suites furent d'abord assez simples. A aucun moment la malade n'a présenté de signes d'infection, et la température a oscillé aux environs de 37°.

Dès le second jour elle commence à avoir de la diarrhée jaune et nullement fétide (elle avait pris du naphtol préventivement). Le lendemain, 21 décembre, les selles continuant, je lui fais prendre des cachets de salicylate et sous-nitrate de bismuth naphtolé, dont la dose est progressivement portée jusqu'à 8 grammes par jour. Régime alimentaire composé de lait et d'œufs.

Le 30 décembre, la diarrhée est arrêtée. Ce jour même je pratique le premier pansement. Les crins de Florence sont enlevés, ainsi que les tampons et le mickulicz qui les contient. Un gros drain le remplace dans la poche, qui est tout à fait aseptique. L'état général paraît fort bon et tout marche bien jusqu'au surlendemain, 1[er] janvier, où se produit un vomissement alimentaire

après le léger repas du matin, et qui se répète le lendemain, malgré une alimentation réduite à un litre de lait, un œuf et quelques cuillerées de jus de viande dans les vingt-quatre heures.

Le 3 janvier, la diarrhée réapparaît et continue le lendemain, de même que les vomissements.

J'avoue que j'étais très embarrassé pour trouver l'explication de ces symptômes, ainsi que le traitement à leur opposer. Bien que la température fût toujours normale et même un peu abaissée (36°,9 le 5 janvier), je voulus me rendre compte de l'état de la plaie et j'enlevai le pansement. Tout allait bien de ce côté, mais je constatai un météorisme prononcé dans la région hypogastrique et une sonorité hydro-aérique à la percussion. Il y avait évidemment dilatation stomacale, démontrée du reste aussi par la succussion, et je pensai à faire le cathétérisme stomacal. J'ai à me reprocher de ne l'avoir pas exécuté immédiatement, car la malade mourut le lendemain, 6 janvier, dix-neuf jours après l'opération.

Autopsie: l'estomac, très dilaté, s'étend de la voûte du diaphragme jusque près du pubis; il est plein d'un liquide roussâtre et de lait coagulé.

J'apprends en même temps que la malade, tourmentée par une soif ardente, a pris du lait (et peut-être d'autres liquides) en bien plus grande quantité que je ne l'avais prescrit.

A partir du duodénum, l'intestin est petit, rétracté, affaissé. L'orifice pylorique, vu du côté de la cavité stomacale, est normal; mais, immédiatement au-dessous de lui, le duodénum est englobé et comme perdu dans des couches d'adhérences molles, néo-membraneuses, faciles à déchirer, mais épaisses, qui l'aplatissent, le compriment et diminuent très notablement son calibre, sans pourtant l'effacer entièrement; il n'y a donc pas occlusion intestinale, mais seulement diminution notable du calibre, rétrécissement par compression. Les tractus écartés, l'intestin paraît sain et ne présente aucun indice d'étranglemont vrai.

La poche marsupiale est très rétrécie, et présente seulement le calibre de l'index. Le rein droit est tout à fait normal, et il n'y a nulle part dans l'abdomen de traces d'infection ou de péritonite.

Je crois que c'est à cet état d'aplatissement du duodénum qu'il faut attribuer le triste résultat final de cette opération. Mais quelle en a été la cause première? Je rappelle que les troubles gastriques avaient débuté bien avant l'opération, et que celle-ci ne paraît que les avoir aggravés. J'estime que la prolifération cancéreuse a déterminé un processus de sclérose, producteur de ces néo-membranes englobant le duodénum, que l'intervention chirurgicale a entretenu et augmenté, par la pression et l'irritation amenée par les matériaux du tamponnement. Car, je le répète, ni pendant la vie,

ni au cours de l'autopsie, je n'ai constaté de signes d'inflammation septique.

A aucun moment je n'ai pensé à une occlusion intestinale, même incomplète. La diarrhée, persistante pendant les premiers jours, et les vomissements alimentaires notés déjà longtemps avant l'opération éloignaient cette idée. Nul doute pourtant que, si l'obstacle duodénal eût pu être levé, la malade n'eût eu les plus grandes chances de guérison. C'était en effet une laparotomie secondaire qu'il était indiqué de pratiquer, car le cathétérisme stomacal n'aurait eu certainement qu'un effet palliatif et temporaire. Mais cette laparotomie eût-elle permis de reconnaître l'obstacle et, dans la situation anatomique profonde du duodénum, de déchirer ses brides, peu consistantes, je l'ai déjà dit, mais épaisses et probablement saignantes? Je crois que cela était exécutable, quoique sans doute difficile.

Comme presque toujours, ce qui était surtout difficile, c'était de poser un diagnostic précis de la cause des accidents, et c'est dans l'espoir de contribuer dans l'avenir à la détermination possible de ce diagnostic que j'ai pris la liberté d'adresser ces quelques réflexions à la Société de chirurgie.

Communication.

Opération césarienne, pratiquée par le Dr LEDRU, directeur de l'École départementale d'accouchement de Clermont-Ferrand, assisté de MM. les Drs GAUTREZ, PLANCHARD et FOURNIOL.

Relevée par Mme BENNAGEANT, 2e maîtresse-sage-femme de l'École.

L'opération césarienne est entrée depuis quelques années dans la pratique de la chirurgie avec de nombreux succès, grâce au traitement antiseptique. Cependant, comme la question du choix à faire entre l'opération césarienne pure et l'opération de Porro n'est pas encore définitivement résolue pour beaucoup de bons chirurgiens, il me paraît encore intéressant de rapporter les faits qui peuvent servir à trancher cette question. M. Bouilly en a sans doute pensé ainsi quand il est venu, dans une des séances du mois de mars 1889, vous relater sa belle opération césarienne. C'est en m'inspirant de l'observation de M. Bouilly et en tenant compte des améliorations apportées à cette opération dans la suture de l'utérus, très bien décrites par Potocki dans les *Annales d'obstétrique*, que j'ai entrepris la mienne. Je viens vous la présenter comme un nouveau succès de cette méthode.

Observation. — Laurençon (Madeleine), âgée de 24 ans, de Saint-Just (Haute-Loire), est entrée le 16 décembre 1891 à l'École départementale d'accouchement que j'ai l'honneur de diriger ; elle est la huitième enfant d'un père âgé de 59 ans, bien portant, et d'une mère âgée de 51 ans et alitée depuis 1880.

Madeleine est de petite taille, a marché à 2 ans et ne s'est plus arrêtée ; à 3 ans elle a eu des convulsions et depuis s'est toujours bien portée. Sa taille est de $1^m,14$; le membre inférieur, depuis le sommet du grand trochanter jusqu'au talon, a $0^m,57$; les jambes sont arquées et la marche un peu vacillante ; le membre supérieur, main comprise, a $0^m,42$; le diamètre bisacromial a $0^m,57$. La colonne vertébrale est déviée à gauche, surtout à la région dorsale inférieure; l'ensellure est très prononcée. La tête est relativement grosse ; la circonférence occipito-frontale a $0^m,57$; le diamètre fronto-mentonier, $0^m,19$.

Les dimensions du bassin sont surtout intéressantes ; d'une épine antéro-supérieure à l'autre, il y a $0^m,20$; la symphyse pubienne est longue, aplatie et refoulée en arrière, l'angle sacro-vertébral très saillant ; le diamètre sacro-pubien n'a que $0^m,04$: les diamètres transverses et obliques sont plus petits qu'à l'ordinaire ; c'est un bassin en 8 de chiffre assez régulier, petit dans toutes ses dimensions. La hauteur de l'éminence iléo-pectinée à la tubérosité ischiatique a $0^m,06$; de l'angle sacro-vertébral à l'extrémité du coccyx, en suivant la courbure du sacrum, on trouve $0^m,08$.

Cette fille a été réglée à 14 ans ; les règles ont toujours paru depuis régulièrement tous les vingt-huit jours et duraient trois jours. Ses dernières règles ont paru le 29 mars 1891, jour de Pâques ; elle dit être devenue enceinte le même jour. Sa grossesse a été normale ; elle ne se souvient pas du moment où l'enfant a remué ; elle paraît donc devoir accoucher dans les premiers jours de janvier 1892. Les fonctions rénales se font bien ; il n'y a pas d'albumine dans ses urines.

Le fœtus paraît bien développé ; le maximum des bruits du cœur est à droite, à la hauteur de l'ombilic et un peu éloigné de l'oreille ; la tête est sentie en bas ; il est en O.I.D.P.

Le toucher vaginal fait constater un col très élevé rejeté à gauche et très ramolli, mais non effacé. On ne peut sentir la partie qui est en présentation.

Le directeur et les deux professeurs de l'École, MM. Gautrez et Planchard, après avoir constaté l'impossibilité d'introduire la main et par suite de manœuvrer le céphalotribe avec un diamètre de 4 centimètres, décident la nécessité de l'opération césarienne et sont d'avis de la pratiquer quelques jours avant le moment présumé de l'accouchement ; on la fixe au 23 décembre et l'on convient en même temps que, pour prévenir tout retour de grossesse chez cette fille à intelligence peu développée, on enlèvera les deux ovaires.

Opération. — Toutes les précautions antiseptiques ayant été prises pour la femme et pour la salle d'opération, purifiée la veille par le soufre, l'opération est commencée le 23 décembre, à 9 heures du matin.

Le Dr Gautrez est chargé du chloroforme ; MM. les Drs Planchard et Fourniol servent d'aides à l'opérateur.

A 9 h. 10 m., incision de la paroi abdominale sur une longueur de 15 centimètres sur la ligne blanche, au niveau de la partie moyenne du globe utérin.

A 9 h. 13 m., l'utérus est à découvert ; injection hypodermique d'ergotine ; on passe deux sutures d'attente au fil de soie à la partie supérieure de la plaie.

A 9 h. 20 m., les parois abdominales bien appliquées par les aides contre l'utérus et des compresses phéniquées bien appliquées autour de lui, j'incise ce dernier d'un seul coup de bistouri sans intéresser le placenta, dont le bord paraît vers la partie supérieure de l'incision. Extraction rapide par les pieds d'un enfant de sexe masculin en position O.I.D.P. Il ne donne aucun signe de vie ; ligature et section du cordon ; l'enfant est confié aux soins de la maîtresse sage-femme, dont tous les efforts ne peuvent le rappeler à la vie ; il pèse 3,100 grammes. La circonférence occipito-frontale est de 0m,36. Extraction du placenta et des membranes par l'ouverture abdominale.

Les bords de l'incision utérine sont saisis séparément par deux longues pinces pour arrêter le sang et la cavité utérine bourrée d'ouate hydrophile. Les deux fils d'attente servent à ce moment à faire glisser la paroi abdominale derrière le globe utérin.

A 9 h. 30 m., ablation des deux ovaires et des deux trompes, après ligature en chaîne des deux pédicules au catgut. Ce temps de l'opération a été un peu long à cause du volume considérable des veines dans les ligaments larges.

A 10 h. 30 m., lavage de la cavité utérine à l'eau bouillie à 50° et lavage des bords de la plaie utérine au sublimé au 4/1,000e.

Je bourre toute la cavité utérine avec une large bande de gaze iodoformée dont je fais sortir l'un des chefs dans le vagin.

Suture de la plaie utérine à deux étages ; suture profonde n'intéressant pas la muqueuse au gros catgut à points séparés très rapprochés ; suture superficielle de la séreuse au point de Lembert en surjet au catgut fin.

Toilette du péritoine avec des compresses éponges bouillies dans une solution de sublimé. Il renferme à peine quelques traces de sang. Hémostase rigoureuse par quelques ligatures au catgut.

A 11 heures, suture de la paroi abdominale par des sutures profondes et des sutures superficielles à la soie.

Lavage de la plaie suturée au sublimé, toilette génitale. Pansement iodoformé, gaze et ouate iodoformées, ouate ordinaire, matelas imperméable, ceinture de flanelle.

Suites de l'opération. — 23 *décembre* (T. matin 37°, soir 37°). Le réveil n'a été complet qu'à deux heures et demie ; elle est très agitée. A 5 heures, piqûre de morphine ; calme pendant trois heures ; cathétérisme. Envies de vomir ; plusieurs efforts qui déterminent de la douleur. Soif vive due au sang qu'elle a perdu. A minuit, nouvelle piqûre. Cathétérisme toutes les trois heures.

24 *décembre* (T. matin 38°,5, soir 38°,5). Efforts de vomissement, hoquet. Écoulement lochial normal. Traitement : Sirop d'éther. Injection de morphine matin et soir pendant cinq jours. Vessies pleines de glace sur le ventre par-dessus le bandage. Bouillon, lait, eau rougie, champagne glacé.

Nuit du 24 au 25 plus calme. Soif moins vive.

25 *décembre* (T. matin 38°,5, soir 38°,5). Même état. Le soir, on change la gaze intra-utérine, et l'on fait une injection intra-utérine avec de l'eau bouillie et sublimée avant de mettre la nouvelle bande de gaze iodoformée. La nuit est calme ; la malade dort.

26 *décembre* (T. matin 37°,2, soir 37°,4). Lochies moins abondantes ; elles sont absorbées par le nouveau pansement. Lavement glycériné qui ramène peu de matières, mais beaucoup de gaz, ce qui la soulage. Le hoquet persiste. Nuit mauvaise par des douleurs constantes à l'ombilic.

27 *décembre* (T. matin 38°,4, soir 38°,4). Les seins commencent à se gonfler ; elle est plus calme. Un peu de diarrhée ; 25 grammes d'huile de ricin.

28 *décembre* (T. matin 38°,6, soir 38°,6). Sécrétion lactée abondante ; douleur à la région rénale. Urine sanieuse et légèrement noirâtre. Selles abondantes.

Le soir, nouveau pansement ; injection vaginale ; dans la nuit un peu de subdélire.

29 *décembre* (T. matin 38°,8, soir 37°,8). Nouveau purgatif qui produit beaucoup d'effet ; le soir l'opérée va mieux, se plaint encore de chaleur à la région rénale, mais les urines sont normales.

30 *décembre* (T. matin 37°,8, soir 38°,2). Journée bonne, mange un œuf.

31 *décembre* (T. matin 37°,6, soir 37°,6). Va bien, demande à manger.

Du 1er janvier au 4, elle va bien ; on lui enlève définitivement la gaze intra-utérine ; deux injections vaginales par jour. Elle ne perd presque plus.

5 *janvier* (T. matin 38°,6, soir 38°,4). On enlève les fils. Constipation, langue chargée.

Jusqu'au 9, la température oscille entre 38°,2 et 38°,8 ; le 8, elle prend un purgatif.

A partir du 10, la température descend à 37°,2 et reste stationnaire jusqu'à son départ.

Le 12, un peu de pus se forme au niveau du dernier point de suture à droite ; j'incise la peau, je lave au sublimé et panse à la gaze iodoformée ; la suppuration est arrêtée le 15.

La malade sort du service le 23 janvier en très bon état de santé.

Permettez-moi d'appeler votre attention, messieurs, sur quelques points de cette opération.

1° Je n'ai pas employé la ligature élastique d'attente conseillée, pour ne pas être gêné dans l'ablation des ovaires et des trompes et dans la ligature des pédicules ; la compression des bords de la

plaie utérine par de longues pinces a été suffisante pour arrêter le sang; la surface utérine interne bourrée d'ouate en donnant très peu, cette compression n'a été en rien nuisible.

2° Je n'ai pas fait sortir l'utérus avant son incision pour ne pas agrandir trop la plaie abdominale; on peut, avec des précautions suffisantes, empêcher les liquides de s'épancher dans le péritoine.

3° Le volume considérable des veines en lacis serré a rendu plus difficile et plus longue la ligature des pédicules dans l'ablation des ovaires.

4° Le point de Lembert appliqué en surjet pour la réunion de la séreuse dans la suture utérine m'a donné une réunion très exacte de la séreuse adossée à elle-même, sans être obligé d'enlever une tranche du tissu utérin, comme le prescrit Sänger, ce qui simplifie et abrège l'opération. L'exactitude de l'adossement des deux lèvres de la plaie de la séreuse est le point le plus essentiel pour le succès de l'opération; des adhérences solides se produisant ainsi dans l'espace de quelques heures établissent une séparation rapide et absolue entre la cavité utérine et la cavité péritonéale de l'abdomen.

Discussion.

M. A.-H. Marchand. Je crois devoir vous faire connaître, à propos de la communication de M. Ledru, l'observation d'une opération césarienne que j'ai pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine le 13 avril 1889 et qui me semble offrir quelques particularités dignes d'intérêt.

Il s'agit d'une femme âgée de 25 ans mariée à 20 ans, ayant eu deux accouchements déjà normaux et réguliers, le premier quatre ans, le second deux ans avant l'époque à laquelle elle devint enceinte à nouveau. Un an environ avant le début de la grossesse pour laquelle elle me fut adressée (1887), elle ressentit un engourdissement pénible dans le membre inférieur gauche, accompagné de douleurs, qui se manifestèrent surtout dans l'attitude assise ou accroupie.

Peu après, elle constatait l'existence d'une grosseur du volume d'une noix, dure, immobile, siégeant au niveau de la pointe de la fesse gauche.

Elle ne s'inquiéta pas trop de ces accidents et devint enceinte au mois de juillet 1888, époque de ses dernières règles.

Pendant les premiers mois de la grossesse et sans que les douleurs fussent devenues plus vives, la grosseur s'accrut notablement. Elle devint saillante à l'extérieur en même temps qu'elle se développait profondément.

Le Dr Tacussel (de Chablis), qu'elle consulta alors à plusieurs reprises, prévoyant l'obstacle insurmontable que cette affection devait

apporter à l'accouchement, lui conseilla de venir à Paris. Elle fut reçue dans mon service le 14 février 1889, enceinte de sept mois révolus.

Ma détermination fut vite prise : garder la malade jusqu'à la fin de la grossesse et la délivrer par la section césarienne.

La malade contracta un érysipèle de la face qui nécessita son séjour pendant quelques semaines dans un service de médecine. La grossesse ne fut en rien influencée par cet incident et continua sa marche normale et régulière.

Voici quel était l'état de la tumeur vers le terme de la grossesse. Très apparente, elle soulevait fortement la région de la fesse gauche, distendant le périnée, déviant à droite la vulve et l'orifice anal; la peau était tendue, le pli génito-crural effacé, la grande lèvre gauche comme dédoublée, la muqueuse du côté gauche de la vulve et du vagin éversée par le néoplasme.

En déprimant la commissure postérieure, le doigt pénétrant suffisamment pouvait constater une réplétion presque complète de la cavité pelvienne; la partie saillante de la tumeur arrivait presque au contact de la paroi opposée du petit bassin. Le col était naturellement inaccessible. Bien que le rectum fût dévié à droite et assez fortement repoussé de ce côté, la défécation s'accomplissait sans trop de difficulté; il n'y eut jamais aucun accident d'obstruction, une simple constipation cédant à l'emploi des moyens ordinaires.

La consistance de la tumeur est partout dure, comme ligneuse; nulle part de point ramolli, ou présentant quelque souplesse.

Cette dureté n'est point celle de l'ostéome ou de l'enchondrome; mais la rénitence très serrée du fibrome. Le tissu pathologique fait absolument corps avec la face interne de la branche ischio-pubienne gauche, et ne présente aucune mobilité.

En résumé, la cavité du petit bassin et l'aire du détroit inférieur sont occupées par une masse dure et immobile.

J'attendis, pour pratiquer l'extraction, le terme normal de gestation, et la malade percevant depuis quelques jours les petites coliques qui précèdent le travail, l'opération fut exécutée le 13 avril 1889.

Je n'ai rien à dire de particulier sur les premiers temps de l'opération : après les précautions antiseptiques de règle, une incision rapide de 12 centimètres, dépassant la cicatrice ombilicale de 2 centimètres, conduisit sur la face antérieure de l'utérus. La ligne médiane de cette face bien ramenée au centre de l'incision des parois, les deux mains d'un aide assurant par une pression suffisante le contact des deux péritoines, j'incisai au bistouri, et rapidement, la paroi utérine. Cette incision ne donna lieu qu'à un écoulement de sang hors de toute proportion avec ce que l'on pourrait imaginer, bien que je n'eusse point établi d'hémostase élastique provisoire. Deux ou trois pinces à forcipressure furent placées sur les points de la tranche utérine qui fournissaient du sang en jet. La longueur de cette incision était de 8 centimètres environ. Lors de ma première opération césarienne, en 1880, j'avais cru bon d'inciser l'utérus au moyen du thermocautère ; ce moyen ne m'avait que modérément satisfait et je m'étais pro-

mis d'y renoncer. Le bistouri est bien plus rapide et permet d'agir avec une plus grande sécurité. Ce fut la partie inférieure de l'œuf que je découvris la première, dans un point où j'avais la quasi-certitude de ne point rencontrer de placenta. Je complétai la section sur mon doigt introduit entre l'œuf et la paroi utérine.

Les membranes bombèrent du reste sitôt la paroi utérine incisée ; je les perforai et allai à la recherche des pieds, que je savais en haut. Le palper m'avait fait constater que le pôle céphalique était en bas avec l'occiput à gauche.

Je pus extraire très rapidement une petite fille, que l'auscultation m'avait fait reconnaître comme très bien portante. Elle pesait 2,700 grammes et s'est parfaitement élevée, puisque au mois de juillet 1891 elle était vivante et pleine de santé.

A mesure que l'utérus se vidait, la pression des mains de l'aide le chassait peu à peu de la cavité abdominale, d'où il s'énucléa spontanément lorsque la déplétion fut complète. Il fut reçu et complètement entouré par des serviettes chaudes, aseptisées par l'ébullition dans la liqueur de van Swieten.

L'extraction des membranes et du placenta ne donna lieu à aucun incident, si ce n'est à un écoulement de sang comparable, comme quantité, à ce qui s'observe dans les accouchements ordinaires.

Une injection sous-cutanée d'ergotinine Tanret avait été pratiquée dès le début de l'opération ; je fis passer un courant de solution hydrargyrique à 1/2,000 à T. 45° dans la cavité utérine.

Cette douche chaude et aseptisante détermina très vite le retrait de l'utérus et la cessation de l'hémorragie placentaire : elle fut néanmoins continuée pendant près de quinze minutes.

Les sutures utérines furent pratiquées avec la soie plate pour les profondes, avec la soie fine pour les superficielles. Neuf sutures profondes comprenant toute l'épaisseur de la paroi utérine moins la muqueuse furent nécessaires pour assurer une bonne adaptation des surfaces. Vingt-deux points de suture à la soie fine adossèrent la séreuse dans toute l'étendue de l'incision, suivant la méthode de Lembert.

La toilette du péritoine fut de peu d'utilité, car pas une goutte de liquide amniotique n'avait souillé sa cavité. La suture abdominale fut faite au moyen de fil d'argent pour les sutures profondes, et de crin de Florence pour les superficielles.

Les suites de l'opération méritent une certaine attention. Elles furent heureuses, puisque la malade repartit pour son pays, distant de Paris de 180 kilomètres environ, juste un mois après son opération, et que quelques jours après elles reprenait les soins de son ménage.

La température resta relativement élevée pendant les dix-sept premiers jours. Le lendemain, elle était de 40°, mais retombait aussitôt à 38° et aux environs.

Le 18e jour, après l'ouverture d'un abcès à la partie inférieure de la ligne de suture, elle redevint normale.

Du 3e au 12e jour, la malade eut une diarrhée qui déterminait 5 à

6 selles liquides et abondantes dans les vingt-quatre heures. Nonobstant ces deux incidents, l'état général fut satisfaisant pendant tout le temps de la guérison. On eut à modérer souvent l'appétit de la malade, que l'on accusait d'entretenir les troubles intestinaux que je viens de relater. Ne faudrait-il point en accuser plutôt le lavage intra-utérin prolongé pendant quinze minutes, avec la solution de sublimé au 1/2,000 ? Telle serait bien plus volontiers mon opinion, bien que la malade n'ait présenté aucune trace de gingivite mercurielle.

L'ouverture de l'abcès resta fistuleuse assez longtemps. Il s'établit à ce niveau une fistule utéro-abdominale, car les liquides injectés par le vagin ressortaient partiellement par cet orifice. Le Dr Tacussel constata de même que la fistule donnait lieu à un léger écoulement sanguin pendant la période menstruelle.

Cet accident, qui n'eut point de suites sérieuses, puisque la guérison définitive se fit spontanément, fut certainement causé par une des anses de soie de la suture profonde incomplètement aseptisée.

Au mois de juillet 1891, la malade était toujours vivante ; sa tumeur est restée presque stationnaire depuis l'accouchement ; l'enfant, très forte, s'élève fort bien.

M. Bouilly. — La question des indications de l'opération césarienne ou de l'amputation de Porro, soulevée par M. Ledru, me paraît aujourd'hui tranchée. L'ablation totale de l'utérus me semble devoir être réservée aux cas dans lesquels il y a un commencement de septicémie utérine, toutes les fois que le travail est commencé avant la décision opératoire et où il y a un début d'infection, soit à la suite de la rupture de la poche des eaux, soit par des manœuvres intra-utérines ; elle convient également aux cas où il y a eu rupture utérine. Dans les conditions inverses, quand on peut choisir son moment et opérer sur des tissus non infectés, l'opération césarienne doit être préférée.

Si l'on croit devoir se décider à supprimer la possibilité d'une grossesse ultérieure, on peut obtenir ce résultat plus simplement que par l'ablation des annexes. Cette ablation est rendue difficile et même dangereuse au moment de l'accouchement par le développement excessif des vaisseaux de la région, et M. Ledru a lui-même signalé la difficulté qu'il avait eue pour enlever ces annexes.

Dans un cas semblable, je me suis contenté de lier les trompes avec un fil de soie et de supprimer ainsi le canal de l'oviducte ; cette manœuvre est d'une simplicité extrême.

On ne peut que féliciter M. Ledru de la façon dont il a conduit son opération et des remarques dont il a fait suivre son observation ; la résection de la tunique musculeuse de l'utérus et le décollement de la séreuse sont aujourd'hui des temps de l'opération reconnus utiles.

Communication.

Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver ; traitement médical ; guérison ; par M. Choux, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes (Commissaires : MM. Terrier, Jalaguier, Reclus, rapporteur).

Communication.

Épithélioma du rectum ; extirpation suivie d'un prolapsus du rectum compliqué d'une ulcération rebelle de celui-ci. Colopexie iliaque ; guérison du prolapsus et de l'ulcération ; cure de l'anus contre nature par l'entérorraphie,

Par M. Paul Berger.

Voici l'histoire de ce malade ; nous la donnons en résumé avant d'indiquer les points de cette opération qui nous paraissent mériter quelques remarques.

Observation. — B. W..., âgé de 27 ans, fut admis au commencement de l'année 1890 dans mon service pour un épithélioma de l'anus et du rectum, dont les accidents remontaient déjà à quelques mois et consistaient en pertes sanguines abondantes et en douleurs vives dans la défécation. Le toucher permettait de délimiter une tumeur végétante, ulcérée, occupant la face postérieure et les bords latéraux de l'anus et du rectum sur une hauteur de cinq à six centimètres.

L'extirpation de cet épithélioma fut pratiquée le 11 juin ; il fallut fendre la face postérieure du rectum sur une assez grande hauteur et réséquer le coccyx et un peu de la pointe du sacrum pour enlever complètement la tumeur qui avait envahi au loin le tissu cellulaire environnant ; après avoir enlevé environ huit à neuf centimètres du rectum sans ouvrir le péritoine que je pus décoller de sa face antérieure qui était saine, il me fut impossible d'abaisser le bout supérieur de cet intestin assez pour le fixer à la peau de la région anale. Je dus me contenter de l'aboucher à la région sacrée à la partie la plus supérieure de l'incision que j'avais pratiquée pour réséquer la pointe du sacrum.

Le malade guérit sans incident ; mais dès la fin de l'année il était ramené par des désordres nouveaux dont son anus contre nature était le siège. Malgré la fixité apparente du rectum qui m'avait empêché de l'abaisser jusqu'à la région anale au cours de l'opération, l'anus sacré avait donné passage à un prolapsus rectal qui s'était rapidement accru

au point de mesurer plus de huit centimètres de longueur ; ce prolapsus comprenait toute l'épaisseur du rectum et non la muqueuse seulement ; il se recourbait en arrière en figurant une sorte de queue en trompette. Il sortait dans les défécations et même dans la marche ; il était souvent même difficile de le maintenir quand le malade était au lit ; de plus, depuis quelques semaines, il s'y était fait une ulcération circulaire de la muqueuse sur sa partie la plus saillante, et cette ulcération qui s'était étendue sur une grande surface déterminait des hémorragies et des douleurs intolérables.

Après avoir vainement cherché à contenir le prolapsus avec des appareils et des bandages et avoir constaté que l'ulcération en question était de cause purement mécanique et n'était nullement due à une récidive, je résolus de recourir à la colopexie iliaque par la méthode de M. Jeannel : celle-ci fut pratiquée le 25 mai 1891. Par l'incision inguinale je fis sortir la partie terminale de l'S iliaque du côlon, et en l'attirant au dehors je pus m'assurer que l'on amenait la réduction complète du prolapsus. Il y avait ici une double indication à remplir : relever le rectum et empêcher le passage des matières sur l'ulcération qu'il présentait ; sans cette dernière, je me fusse peut-être borné à fixer l'intestin à la paroi sans l'ouvrir ; mais cela n'eût pu suffire, et il fallait pratiquer ici un véritable anus contre nature. Je l'établis par le procédé de M. Reclus, mais au lieu de me borner à fixer l'S iliaque hors de la plaie au moyen d'une baguette en verre passée en dessous de lui, je l'unis solidement au péritoine pariétal et à l'aponévrose du muscle transverse par plusieurs points de suture comprenant quelques appendices graisseux au ras de la paroi intestinale, ceci pour assurer une fixation plus solide et éviter que le rectum ne se laissât de nouveau entraîner.

L'opération eut un plein succès ; l'intestin ne fut incisé qu'au bout de neuf jours et dès lors l'anus contre nature fonctionna à la perfection. Le prolapsus ne se reproduisit plus jamais depuis lors et aujourd'hui même il paraît absolument guéri ; les douleurs intestinales, les écoulements sanguins et les phénomènes qui déterminaient l'ulcération disparurent aussitôt et n'ont plus réapparu. Je n'excisai pas la partie de l'S iliaque qui faisait saillie, elle se réduisit spontanément d'une façon graduelle comme je l'ai toujours observé.

Depuis la fin de l'année dernière, l'opéré, très satisfait de son état, ne se plaignait plus que des inconvénients auxquels l'exposait son anus contre nature ; ceux-ci lui étaient d'autant plus à charge que les matières passaient de nouveau en partie par l'anus sacré et qu'il était forcé de se protéger de deux côtés à la fois. L'exploration de cet anus contre nature m'ayant fait reconnaître l'existence d'un éperon très marqué, je fis tomber celui-ci par une application d'entérotome, au mois de décembre, et m'étant assuré, en bouchant l'anus iliaque, que la totalité des matières suivait librement son cours jusqu'à la région terminale de l'intestin, je procédai le 9 janvier 1892 à l'occlusion de l'anus contre nature.

J'avais d'abord l'intention de libérer autant que possible la paroi

intestinale de la paroi abdominale en respectant les adhérences qui les unissaient et sans ouvrir le péritoine; mais à peine eus-je commencé cette dissection au cours de laquelle je m'efforçais de rester dans les couches sous-péritonéales de la paroi, que j'intéressai la cavité péritonéale, et qu'un appendice graisseux de l'intestin vint sortir par la plaie. Je renonçai aussitôt à mon projet, je détachai circulairement l'intestin de la paroi et je l'attirai au dehors en l'enveloppant d'une compresse de gaze iodoformée, j'avivai les bords de la perte de substance qu'il présentait et je les réunis d'abord par une suture en bourse, puis par plusieurs points de suture de Lembert, superposés à cette première suture. L'intestin bien nettoyé fut réduit dans le ventre; les bords de la perte de substance de la paroi abdominale furent pareillement avivés et réunis par une suture à étages.

La guérison de l'anus contre nature est actuellement solide et celle du prolapsus rectal s'est jusqu'à présent maintenue. Le malade ne garde d'autre inconvénient que l'incontinence des matières à laquelle le condamne l'absence de sphincter.

En communiquant cette observation et en présentant le malade qui en est l'objet, je ne veux insister que sur deux points : la guérison du prolapsus rectal par la colopexie et la cure de l'anus contre nature obtenue par la méthode de M. Reclus.

La colopexie était ici le meilleur procédé à suivre pour guérir le prolapsus rectal qui s'était fait au travers d'un anus anormal, déchiré par une opération précédente et fortement adhérent au sacrum à la pointe duquel l'extrémité de l'intestin était adhérent; les opérations de rectopexie inférieure préconisées par M. Verneuil et par M. Gérard-Marchant n'étaient pas applicables; quant à l'excision du prolapsus, que je considère comme une opération plus grave que la colopexie iliaque lorsque le prolapsus est complet et présente une certaine longueur, elle ne donne souvent qu'un résultat temporaire, les parties supérieures de l'intestin continuant à se laisser entraîner dans une mesure qu'on ne peut prévoir. L'observation présente montre une fois de plus l'efficacité de la fixation de l'intestin à la paroi abdominale. Bien que cette fixation soit solide, après avoir exercé sur l'S iliaque une traction suffisante pour réduire le prolapsus, il faut attirer quelques-uns des appendices graisseux de l'intestin et les rattacher au péritoine pariétal par les points de suture. La boucle de l'S iliaque est ensuite passée sur une baguette en verre qui traverse son méso et qui s'appuie de part et d'autre sur la paroi abdominale. C'est au procédé de M. Reclus que j'ai eu recours dans presque tous les cas où j'ai du constituer un anus contre nature dans ces derniers temps; il m'a toujours paru d'une extrême simplicité dans les résultats, et dans un seul cas j'ai été contraint d'inciser

un peu prématurément l'intestin à cause de phénomènes d'occlusion pressants. On remarquera le temps très long (9 jours), pendant lequel j'ai pu laisser ici l'intestin fixé hors de l'incision abdominale sans l'ouvrir. J'ajouterai néanmoins, et le cas présent en est la preuve, que si ce procédé favorise la formation d'un éperon intestinal, celui-ci ne s'oppose pas d'une manière définitive au passage des matières dans le bout inférieur. Chez notre opéré, une partie des fèces franchissait cet éperon et arrivait jusqu'à l'anus artificiel situé à sa région sacrée.

Ce que l'observation présente montre également, c'est le peu d'épaisseur du cercle d'adhérences qui unit l'intestin à la paroi abdominale ; aussi renoncerai-je une autre fois à tenter l'occlusion de l'anus contre nature sans ouvrir la cavité péritonéale. Les conditions ne sont plus les mêmes en effet que lorsqu'il s'agit d'un anus contre nature consécutif à une hernie étranglée; l'orifice obtenu par le procédé de M. Reclus est un simple abouchement de l'S iliaque à la paroi. Je me propose désormais, dans les cas de ce genre, de détacher franchement de la paroi la circonférence de cet abouchement intestinal, après en avoir bouché l'orifice avec une éponge introduite dans l'intestin, de l'attirer au dehors et d'en pratiquer aussitôt l'occlusion par la suture.

On peut se demander si, après la guérison de l'anus contre nature, guérison qui détruit les adhérences qui fixaient l'S iliaque à la paroi abdominale, le prolapsus ne menacera pas de se reproduire.

C'est un point qui doit rester à l'étude, et je suivrai mon opéré pour m'assurer de la permanence de sa guérison; mais jusqu'à présent, depuis un mois et demi que j'ai pratiqué la dernière opération, rien ne fait présumer que le prolapsus rectal ait de la tendance à réapparaître.

(M. Berger présente l'opéré; celui-ci, qui vient de faire une longue marche, présente manifestement un commencement de prolapsus de la muqueuse rectale par l'anus sacré.)

M. Berger. J'avais raison de faire des réserves sur la permanence du résultat obtenu. Il s'en faut que celui-ci soit maintenu comme j'avais pu le croire tout d'abord. Dans quelle mesure la cure du prolapsus persistera-t-elle dans ce cas? c'est ce que l'observation seule pourra nous apprendre.

Discussion.

M. Pozzi. Je ne fais que signaler aujourd'hui un cas de guérison d'une fistule stercorale que j'ai opérée récemment. Il s'agissait

d'une femme opérée par un autre chirurgien d'une pyo-salpingite adhérente à l'S iliaque; l'intestin trouvé perforé au cours de l'opération avait été fixé à la paroi et il s'était établi une fistule pyo-stercorale, sans éperon appréciable. Six mois après je me décidai à rouvrir avec précautions la cicatrice abdominale qui était adhérente à l'S iliaque sur une grande étendue, à disséquer lentement avec les ciseaux courbes le peloton d'anses intestinales adhérentes et enflammées à ce niveau; je pus retrouver le bout inférieur et libérer la perforation qui avait environ la largeur du pouce; les bords de cet orifice furent avivés et réunis par l'entérorraphie.

J'eus soin de faire une suture isolée de la muqueuse en surjet, et dix-sept points séparés de suture de Lembert. L'opération dura quarante-cinq minutes et ne présenta aucune complication; la malade opérée depuis dix-neuf jours peut être considérée comme guérie. Elle n'a eu aucune réaction fébrile, et commence à s'alimenter avec des œufs après avoir été maintenue quinze jours à la diète lactée.

M. Marchand. A propos des malades opérés pour une chute du rectum, je ferai une remarque générale; je crains qu'on ne présente ces malades un peu trop tôt. J'ai observé un malade qui, deux mois après avoir subi la rectopexie, présentait une récidive de son prolapsus et se trouvait dans le même état qu'avant l'opération.

M. Monod. J'ai dans mon service une des anciennes opérées de M. Verneuil qui a déjà subi quatre opérations; le prolapsus se reproduit d'une manière constante, et je compte présenter cette malade pour consulter la Société sur l'opportunité et le choix d'une nouvelle opération.

M. Gérard-Marchant. Je pourrai présenter des observations concluantes de guérison et des opérés guéris après l'opération de coccy-rectopexie que j'ai imaginée. L'intestin reste bien fixé; mais on peut observer un prolapsus secondaire de la muqueuse. Il y a lieu de pratiquer sur celle-ci des raies de feu destinées à la rétrécir. L'opération de fixation ne porte, en effet, que sur les deux tuniques externes de l'intestin et non sur la muqueuse.

J'ai opéré un officier atteint depuis de longues années d'un prolapsus du rectum, long de dix centimètres et constituant une véritable infirmité; j'ai pratiqué la coccy-rectopexie et fait des raies de feu sur la muqueuse; l'opération date de dix mois et la guérison semble définitive. L'opération que j'ai préconisée me paraît donc devoir donner de bons résultats et représenter aujourd'hui le meilleur moyen de fixation du prolapsus rectal.

M. Reynier. J'ai eu des récidives après l'opération de M. Gérard-Marchant, et il m'a semblé aussi qu'il s'agissait alors de chute de la muqueuse. Chez un malade atteint de cette récidive, j'ai suturé le méso-rectum à la paroi inguinale et le prolapsus s'est encore reproduit; la cause des échecs me paraît être dans l'insuffisance du sphincter qui a, pour ainsi dire, disparu après les nombreuses opérations dont il a été le siège.

Les mêmes inconvénients peuvent s'observer dans le procédé de M. Jeannel : tant que l'intestin est fixé à la paroi abdominale, il n'y a plus de prolapsus; mais quand on veut guérir l'anus contre nature, on est obligé de libérer l'intestin de ses adhérences et le prolapsus se reproduit.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 2 mars 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Le Dentu, remerciant ses collègues de l'avoir nommé membre honoraire ;

3° Lettre de M. Bazy, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Secrétaire général donne lecture de la note suivante :

Procédé d'anesthésie de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée, par E. Nicaise.

L'intéressante discussion qui a suivi la communication de M. Berger à la Société de chirurgie, sur un cas de mort par la cocaïne, a mis en

relief les dangers de l'emploi de cet agent ; mais il n'en résulte pas que l'on doive abandonner ce précieux anesthésique, il faut simplement le manier avec prudence.

Le fait qu'un cas de mort a été observé à la suite de l'injection dans la vaginale d'une solution aqueuse de cocaïne m'engage à publier le procédé que j'emploie depuis trois ans (mars 1889) pour obtenir l'anesthésie de la séreuse.

Après la ponction de l'hydrocèle avec le trocart ordinaire, je laisse sortir une partie du liquide, le tiers environ ; puis, dans la masse de sérosité restant dans la vaginale, j'injecte à travers la canule du trocart, avec une seringue d'une contenance de 4 centimètres cubes, 3 à 4 centimètres cubes d'une solution aqueuse déterminée de cocaïne. La bourse est malaxée légèrement, et après une attente de quatre à cinq minutes, tout le reste de la sérosité est évacué. On procède ensuite à l'injection de teinture d'iode au tiers, comme d'habitude.

Chez mes premiers malades, j'ai injecté 4 centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 5 0/0, soit 20 centigrammes de cocaïne ; l'insensibilité était absolue et durable. Mais cette dose est trop considérable et pourrait inspirer une peur rétrospective, comme a dit spirituellement un de nos collègues. J'injecte maintenant une quantité moindre de cocaïne, sans être descendu encore au-dessous de 9 centigrammes ; mais je crois qu'une dose inférieure serait suffisante.

En effet, dans un cas d'hydrocèle volumineuse, récente, de six mois, contenant 590 grammes de sérosité, après évacuation de 240 grammes, j'ai injecté 3 centigrammes de cocaïne, d'une solution à 2.5 0/0, dans la sérosité restante, qui était de 350 grammes ; la bourse a été malaxée et le liquide a été laissé quatre minutes, puis évacué. L'injection de la teinture d'iode n'a déterminé aucune douleur ; le malade n'a eu qu'une légère sensation de chaleur absolument négligeable, et après l'injection, dans la journée, il n'y a eu aucune douleur.

Il est à remarquer que dans ce cas 9 centigrammes de cocaïne, dissous dans 350 grammes de liquide, donnent une solution à 1 pour 3,900 (exactement 1/3,888), c'est-à-dire presque au 4,000e, et le contact de cette solution avec la séreuse pendant quatre minutes a suffi pour amener une anesthésie complète et durable.

Cette petite opération a été faite avec la rigueur d'une expérimentation.

Ce procédé présente l'avantage d'utiliser pour récipient un liquide naturel, aseptique, la sérosité de l'hydrocèle ; en outre, la quantité de cocaïne absorbée par la surface de la séreuse est moindre avec une solution dans la sérosité que si on employait une solution aqueuse du même titre, d'après les conditions générales de l'absorption à la surface des séreuses.

A propos du procès-verbal.

1° *Suite de la discussion sur le traitement du prolapsus du rectum.*

M. Gérard-Marchant. Depuis ma communication à la Société de chirurgie en décembre 1890, j'ai opéré avec succès trois malades atteints de *prolapsus total du rectum.* Je demande à vous citer une de ces observations.

M. X..., 27 ans, officier de cavalerie, est atteint depuis l'âge de 7 ans d'un prolapsus rectal. L'intestin, nous raconte le malade, sort au moment des garde-robes pour rentrer ensuite spontanément au bout de quelques instants sans nécessiter aucun effort de la part du patient. Chaque issue rectale est suivie d'une émission de mucus glaireux, visqueux, adhérent ; cette rectite concomitante souille les linges du sujet. Cet état, qui dure depuis l'enfance, a amené chez ce jeune homme, d'ailleurs remarquable d'intelligence, un état d'hypochondrie et de nervosisme des plus accentués.

Aussi réclame-t-il vivement une opération qui le guérisse d'une infirmité dégoûtante et « qui l'oblige à vivre en paria ».

Le sujet est de petite complexion, maigre, anémié, agité, énervé.

A l'examen local on observe, au moment où l'on dit au malade de pousser, l'issue d'un boudin rectal de 7 à 8 centimètres de longueur. Les parois, à larges plicatures superposées et parallèles, turgescentes, d'un rouge vineux, laissent échapper des glaires qui tombent en masses cohérentes au fur et à mesure du développement du cylindre.

Un orifice central répond à l'extrémité inférieure de la portion prolabée.

Si par cet orifice on introduit l'index de la main droite, on peut saisir entre ce doigt et le pouce la paroi prolabée et s'assurer de la grande épaisseur (près de 1 centimètre) des tissus interposés.

Ce symptôme, bien plus que l'existence d'un léger sillon séparant l'anus de la masse herniée, permet de penser qu'on est en présence d'un prolapsus total.

Ce qu'il y a de tout particulier dans ce cas, c'est l'existence d'un périnée ferme, solide, résistant, déprimé. L'anus est comme contracturé, plus que suffisant, puisque c'est à peine s'il admet le doigt, et on s'attendrait à trouver plutôt chez ce malade une fissure à l'anus qu'un prolapsus rectal.

Lorsque, l'index dans l'anus, on dit au malade de faire un effort,

de pousser comme pour aller à la garde-robe, ce doigt subit de la part du sphincter une pression des plus sensibles, des plus vigoureuses, et si le malade continue son effort thoraco-abdominal, si surtout on retire un peu l'index de façon à diminuer la pression sur le sphincter, on voit alors, entre l'index et la filière anale, apparaître un bourrelet rougeâtre qui se dégage insensiblement, repousse le doigt et entraîne à sa suite le reste du prolapsus. Il y a à ce moment une expression des tissus repoussés par un anus contracturé : avec l'effort cesse la contracture anale, et l'intestin remonte progressivement et assez brusquement pour reprendre sa place normale.

Ces détails, qui se sont renouvelés avec le même caractère chaque fois que le malade s'est soumis à notre examen, nous portent à admettre qu'à côté des prolapsus survenant chez des gens âgés, à anus entr'ouvert, à périnée sans résistance, il faut faire une place à part à certains prolapsus se continuant depuis l'enfance chez des gens jeunes, vigoureux, qui expulsent leur rectum par un véritable effort musculaire. Aux premiers conviendrait le nom de prolapsus de faiblesse ; aux seconds, celui de prolapsus de force.

L'explication de ce phénomène nous échappe encore, car nous n'oserions pas faire jouer un rôle à la musculature puissante que nous avons trouvée au cours de l'opération doublant le cylindre rectal à sa partie inférieure.

Depuis que j'ai fait connaître à la Société de chirurgie le procédé de fixation au coccyx du rectum prolabé, j'ai dû modifier le manuel opératoire.

Voici la technique à laquelle je me suis arrêté et que j'ai appliquée dans toute sa rigueur et avec succès chez le malade dont je viens de vous donner l'histoire (consulter la thèse de mon élève et ami le Dr Soulié [1], p. 27).

Préparation du malade. — Bien que beaucoup de chirurgiens professent que l'antisepsie intestino-rectale est un mythe, il est bon de soumettre le malade qui doit subir l'opération à un régime et à des soins préparatoires.

Le régime consistera, après avoir purgé le malade l'avant-veille, à ne lui donner que des aliments susceptibles de laisser le moins possible de résidus : lait, œufs, crèmes devront former le fond de l'alimentation pendant les quarante-huit heures qui précèdent l'intervention.

Il sera utile de prescrire au malade du naphtol à la dose de 0gr,50

[1] Frédéric Soulié, *Contribution à l'étude du traitement des prolapsus du rectum.* Paris, 1891.

avant chaque repas, ou du salol à la dose de 1 gramme matin et soir; ces agents seront associés à l'extrait thébaïque (0gr,05 à 0gr,15 dans les 24 heures), de façon à amener la rareté des garde-robes).

Soins locaux. — La veille de l'opération, un lavement purgatif sera administré pour débarrasser entièrement le rectum des matières qu'il peut contenir encore ; on fera après l'évacuation de ce lavement une large irrigation, que l'on renouvellera le matin même de l'opération avec de l'eau boriquée saturée.

Pendant toute la durée de l'opération, un tampon de gaze iodoformée, retenu par un fil, s'opposera à l'issue des produits intestinaux.

Le malade sera rasé la veille, et un pansement humide (compresses de Bœckel) sera appliqué sur la zone opératoire.

Nous passons sur la chloroformisation, sur la nouvelle toilette antiseptique préparatoire, et nous placerons tout de suite le malade dans l'attitude qu'il doit présenter.

Attitude du sujet. — La position sera celle de la taille, mais il est indispensable qu'au-dessous du sacrum soit placé un coussin résistant (sac de plâtre ou de sable), élevé de telle sorte que toute la région du siège émerge au-dessus du plan du lit ; le chirurgien a ainsi sous les yeux, libre de tout contact, le champ opératoire.

C'est dans cette attitude que nous allons dorénavant considérer notre sujet ; l'orifice anal occupe un plan supérieur et antérieur par rapport à la pointe du coccyx qui constitue la limite inférieure. Aussi, lorsqu'il sera question d'un fil supérieur ou inférieur, ce sera toujours par rapport à ces deux limites extrêmes. On comprendra, lorsque nous dirons « le point inférieur », que c'est du point le plus rapproché du coccyx qu'il s'agit.

Instruments. — L'instrumentation est des plus simples : bistouris, pinces à disséquer simples et à griffes, trois ou quatre pinces à forcipressure, aiguille de Reverdin courbe [1].

C'est donc l'instrumentation usuelle et banale ; cependant, comme il est difficile de faire évoluer en avant du coccyx une aiguille de Reverdin à grande courbure, il sera bon d'avoir sous la main une aiguille ordinaire forte, à petite courbure, qui sera manœuvrée avec un porte-aiguille. Ainsi sera singulièrement facilitée et assurée la traversée coccygienne des fils.

[1] Une pince coupante sera toujours à la portée de l'opérateur dans le cas où, pour se donner plus de jour, il jugerait nécessaire la résection de tout ou partie du coccyx.

Le procédé de recto-coccypexie comprend plusieurs temps : 1° incision cutanée ; 2° découverte du rectum et libération précoccygienne ; 3° plicatures transversales du rectum et suture ou rétrécissement de l'anus en bourse ; 4° fixation recto-coccygienne (ou sacrée) ; 5° fermeture de la plaie.

1° *Incision cutanée.* — Dans le cas où il existe un relâchement, une flaccidité de la peau ano-coccygienne, il est tout indiqué de lui faire subir une diminution en supprimant une partie des téguments (incision losangique de Verneuil ou elliptique ; prolapsus de faiblesse).

Dans d'autres cas où le raphé ano-coccygien a conservé ses formes, sa fixité, sa résistance, il n'est pas nécessaire de faire subir une perte de substance à la peau (prolapsus de force).

Quoi qu'il en soit, l'incision commence immédiatement en arrière de l'anus, découvrant le sphincter externe sans intéresser la filière anale pour aboutir à 2 centimètres au-dessus de la pointe du coccyx.

Dans le cas d'incision elliptique ou losangique, le raphé sera supprimé ou sera compris dans le lambeau de peau enlevé ; mais lorsque l'incision est rectiligne, dans le cas où chez un sujet jeune l'opérateur voudra respecter absolument la forme anatomique, l'incision portera immédiatement en dehors du raphé.

Cette incision comprend : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, un tissu musculo-aponévrotique immédiatement en rapport avec la partie postérieure du rectum.

Dans ce temps de l'opération, il y a à pincer deux ou trois artérioles sans importance.

Le tégument largement ouvert, il est bon, avec les deux index, de dépouiller la face postérieure du rectum.

Pour maintenir la brèche béante et ne pas être gêné par l'application d'écarteurs, ce qui diminue le jour et multiplie les aides, on passe deux fils de soie à travers les lèvres de l'incision, dans leur partie moyenne, et, par une traction de ces fils exercée par les aides qui tiennent les jambes, le champ opératoire est à découvert.

2° *Découverte du rectum et libération précoccygienne.* — Les deux index ont préparé tout à l'heure la mise à nu du tiers postérieur du rectum ; il est bon maintenant, avec une spatule mousse ou un grattoir, de rendre nette cette paroi rectale en séparant de la couche celluleuse les débris fibreux ou musculaires qui se confondent avec elle.

Lorsque la paroi rectale apparaît blanchâtre dans la portion qui avoisine le coccyx musculaire dans la partie inférieure, on juge

que ce travail de dégagement est suffisant. C'est alors qu'il reste à découvrir la face antérieure du coccyx ; on se sert pour cette manœuvre du doigt, des ciseaux qui devront être prudemment dirigés, leur pointe affleurant toujours au coccyx, et surtout d'une rugine mousse qui facilite beaucoup ce travail de séparation.

3° *Plicature transversale du rectum et suture ou rétrécissement de l'anus en bourse.* — Les deux temps véritablement importants de la recto-coccypexie sont : la plicature du rectum, le rétrécissement de l'anus en bourse et la fixation recto-coccygienne.

Pour bien faire la plicature transversale du rectum, il est utile, sinon indispensable, d'introduire l'index gauche dans le conduit ano-rectal, la face palmaire du doigt regardant l'opérateur.

Cette manœuvre présente l'inconvénient d'exposer à souiller la plaie opératoire ; mais comme le passage de tous les fils va être effectué sans que le chirurgien ait à changer d'attitude, comme la présence du doigt rectal facilite et rend certaine la traversée des fils sans intéresser la muqueuse, nous considérons cette précaution comme absolument indispensable ; le chirurgien n'oubliera d'ailleurs pas qu'il ne doit pas continuer son opération sans avoir soumis de nouveau son doigt à une minutieuse antisepsie [1].

En quoi consiste ce passage des fils ? Le plus haut possible, au-dessus même du coccyx, le doigt rectal entraînant en bas la partie postérieure du rectum, le chirurgien passe avec une aiguille de Reverdin courbe des fils de soie.

Le fil de soie doit être moyen ; il est supérieur au catgut en raison de sa résistance et de la continuité de son action, ici indispensable. Les quatre opérations que j'ai faites m'ont d'ailleurs péremptoirement démontré que l'usage de cette soie ne présentait que des avantages ; elle reste inoffensive là, comme dans la cavité abdominale (ligature à la soie des pédicules de kystes de l'ovaire ou de myomes utérins).

L'aiguille pique la tunique celluleuse ; sa pointe chemine alors verticalement dans l'épaisseur des tuniques sans intéresser la muqueuse et vient ressortir, après une traversée d'un centimètre ou d'un centimètre et demi, en un point inférieur, dans le même plan vertical ; le fil est saisi, l'aiguille est retirée ; un point de suture symétrique est placé sur l'autre partie latérale du rectum.

Les chefs de ces fils sont retenus par des pinces à forcipressure. Un second étage de sutures est placé au-dessus du premier, et on multiplie ces étages de sutures suivant les besoins, c'est-à-dire

[1] Ni un ballon rectal, ni le doigt d'un aide, n'agiraient aussi sûrement pour faciliter la traversée rectale.

suivant la flaccidité du rectum, suivant qu'il bombe plus ou moins en arrière.

C'est pour faciliter cette diminution de hauteur du rectum à laquelle va aboutir la striction de ces fils que l'on peut, suivant les indications particulières, réséquer le coccyx en totalité ou en partie, de façon à agrandir le champ opératoire qui, à l'état normal, ne comporte pas plus de 4 à 5 centimètres.

Rien n'est plus facile que de serrer ces fils : pendant qu'un aide, avec l'extrémité d'une sonde cannelée, repousse la paroi rectale en dedans de façon à adosser les parties, le chirurgien serre le fil ; ainsi est plicaturée et diminuée dans sa hauteur la face postérieure du rectum, diminution de hauteur que le chirurgien pourra augmenter à son gré suivant les étages de plicatures. Un des bouts des fils est sectionné de façon à ne conserver de chaque côté qu'une des extrémités.

C'est alors que le chirurgien pratique le rétrécissement de l'orifice anal ; rappelons que la filière ano-rectale est découverte à sa partie postérieure, la muqueuse et la musculeuse étant intactes.

On rétrécit suivant les besoins le quart ou la moitié postérieurs de l'anus par une suture en bourse pratiquée de la façon suivante : l'aiguille courbe de Reverdin traverse une portion de la musculeuse, sa pointe ressortant à l'extérieur ; une seconde portion de cette musculeuse est de même embrochée transversalement, et ainsi se continue cette suture en bourse ; il ne reste plus qu'à serrer le fil pour voir l'anus se fermer dans son quart ou sa moitié postérieurs à la manière de ces bourses anciennes dont un lien commande l'ouverture.

4° *Fixation recto-coccygienne* (ou *sacrée*). — La fixation recto-coccygienne devient simple : le chef droit ou gauche du fil le plus voisin du coccyx est passé à travers le tissu fibreux précoccygien ; on noue alors ensemble les deux fils supérieurs et dans le mouvement qui a pour but la striction des fils on voit le rectum s'élever et venir prendre place en avant du coccyx auquel il va adhérer lorsque la striction sera complète [1].

Il est bon que la traversée coccygienne du fil se fasse sur le point le plus élevé possible du coccyx (ou du sacrum si le coccyx a été réséqué) de façon à laisser la place aux autres fils et partant

[1] Lors de ma première opération, j'ai cru devoir assurer la fixation du rectum par deux ordres de sutures, la suture recto-coccygienne dont il vient d'être question et la suture recto-cutanée qui constitue le fond du procédé de M. Verneuil. J'ai abandonné aujourd'hui cette dernière pratique, l'adossement recto-coccygien constituant un point d'appui solide et assuré par deux ou trois anses de fil de soie. La fixation cutanée devient dans ces conditions tout à fait superflue.

au rectum qui va être ainsi soulevé de point en point jusqu'au coccyx.

La striction des fils doit être opérée avec ménagement de façon à ne pas déchirer la paroi rectale. Il faut, pour que l'opération soit bien conduite, qu'après l'ascension du rectum il y ait un adossement face à face de la paroi postérieure du rectum et de la face antérieure du coccyx [1].

5° *Fermeture de la plaie.* — Avant de fermer la plaie il est bon de faire des sutures étagées et d'adosser les parties similaires. Les tissus fibreux et musculaires qui ont été sectionnés au commencement de l'opération sont rapprochés au moyen d'une suture en surjet faite à la soie.

Avant de réunir les lèvres de l'incision cutanée au moyen de crins de Florence, il sera prudent de placer un tout petit drain immédiatement au-dessous du coccyx qui se trouve constituer le point le plus déclive dans le décubitus horizontal [2].

Résultats immédiats. — Si l'opération a été régulièrement exécutée, il est possible de se rendre compte de la forme nouvelle qu'a prise le paroi postérieure ano-rectale.

A travers un anus diminué de calibre, le doigt pénètre dans le rectum et sent une paroi postérieure tendue, soulevée, repliée en arrière vers le coccyx contre lequel elle est plaquée. On pourrait dire que le rectum forme par sa partie postérieure un angle coccygien ouvert en avant, les deux côtés du triangle étant l'un sus- et l'autre sous-coccygien.

Suites opératoires. — Mon premier opéré a suppuré ; les trois autres ont guéri par première intention.

Pourquoi cette différence, étant donné que l'opérateur a été le même et que les précautions antiseptiques les plus minutieuses ont été prises ? La raison est facile à trouver : chez l'opéré de Lariboisière, le procédé suivi était celui de M. le professeur Verneuil ; la plaie ano-rectale en communication avec l'incision ano-sacrée a été la porte d'entrée de l'infection.

Ce détail de technique opératoire est bien plus la cause de la suppuration que l'intolérance du malade qui, dès le second jour, allait à la garde-robe (Obs. I). Aussi ai-je modifié ma technique et

[1] Il surgira autant de procédés que d'opérateurs pour fixer les fils au coccyx ou au sacrum : la seule idée à retenir est la fixation stable du rectum.

[2] Le drainage est une pratique qui tend à disparaître avec les progrès de l'antisepsie; mais dans cette région, où l'asepsie reste toujours douteuse, où une garde-robe dont on n'est pas le maître peut tout infecter, il est prudent, sinon indispensable, de placer un drain.

attribué une grande importance au tracé de l'incision qui permet d'agir sur la filière anale, strictement en dehors, sans établir aucune communication entre la cavité ano-rectale et l'incision des téguments.

Les suites opératoires sont des plus simples : pas d'élévation de température, pas de gêne de la miction ; les douleurs sont modérées, et lorsque les sujets savent ne pas rester sur le dos et se placer dans le décubitus latéral droit ou gauche alternativement, ils arrivent à supprimer l'effet de la pression directe ou des tiraillements qui sont les seuls agents de la suppuration.

Il sera bon de constiper le sujet jusqu'au septième ou huitième jour (alimentation modérée, extrait thébaïque), de façon à permettre la cicatrisation profonde.

Au septième jour, les fils cutanés seront retirés sans aucun inconvénient.

Le tube à drainage précoccygien sera retiré le jour de l'ablation des fils ; c'est à peine s'il aura laissé écouler un peu de sérosité rousse ; mais cette sérosité a une odeur fétide et toute la partie plongeante du tube se trouve noircie.

Ces deux phénomènes ne doivent ni effrayer ni surprendre le chirurgien : ils sont le résultat de la filtration gazeuse qui s'exerce au voisinage de toute cavité intestinale.

Le tampon rectal de gaze iodoformée sera laissé pendant les trois ou quatre premiers jours, son action absorbante et occlusive étant des plus précieuses. Mais aussi, pour que ce tampon soit maintenu sans douleur et ne provoque pas de contractions rectales, il devra avoir des dimensions moyennes suffisantes pour obturer le rectum sans le distendre.

Malgré le rétrécissement de l'anus en bourse, il s'est produit chez deux de mes opérés une issue consécutive de la *muqueuse du rectum*. Pour remédier à ce prolapsus muqueux, qui n'était d'ailleurs que partiel, il m'a suffi d'appliquer des raies de feu longitudinalement sur la muqueuse pour voir cette hernie disparaître définitivement.

2° *Suite de la discussion sur l'appendicite.*

M. Moty. Voici le résumé de dix observations de pérityphlite que j'ai eu l'occasion de recueillir :

Premier cas. — Sous-officier de 26 ans, traité à l'hôpital militaire de Constantine en 1885. On était sous la menace d'une épidémie de choléra, et le malade, qui présentait un facies suspect, fut dirigé sur le service des isolés ; dans son flanc droit, entre l'ombi-

Paris. — Soc. d'Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 42.4.92. Le gérant : G. Masson.

lic et l'épine iliaque, existait un empâtement profond donnant si nettement en son milieu la sensation de fluctuation, que je pris un bistouri comme M. Reclus et l'enfonçai dans le foyer ; un flot de pus s'écoula, j'explorai la cavité avec précaution, pour ne pas rompre les adhérences péritonéales, mais je ne sentis que des anses intestinales et pas de corps étranger. Je fis le drainage, le malade guérit très rapidement. Il n'a pas été suivi.

Deuxième cas. — Le gendarme M..., entré le 3 octobre 1885 à l'hôpital militaire de Constantine pour fièvre intermittente, est atteint de pérityphlite le 27 octobre ; la température ne s'élève qu'à 38°,7 ; il est traité par les cataplasmes et la pommade mercurielle et se rétablit en quelques jours ; nouvelle atteinte en 1886, et depuis cette époque jusqu'au 20 décembre 1890, date des dernières nouvelles reçues, aucune menace du côté du cæcum.

Le *troisième cas* est celui d'un de mes amis atteint pour la première fois en 1886, à la suite d'une dysenterie ; à sa première attaque à Hanoï, je pensai d'abord au choléra, mais la douleur se localisa si nettement au côté droit, que toute hésitation cessa au bout d'un instant. Une heure plus tard, l'algidité disparut avec les vomissements et fit place à la fièvre ; il y eut ensuite un très léger empâtement au-dessus de l'épine iliaque, puis au bout de trois ou quatre jours tout rentra dans l'ordre ; cinq ou six attaques ultérieures presque identiques, la dernière en 1889, et, depuis cette époque, le malade, âgé d'environ 35 ans, se porte bien ; il n'y a jamais eu de douleur au niveau de l'appendice, mais on en détermine encore longtemps après les crises par la pression au-dessus et en arrière de l'épine iliaque droite.

Le *quatrième cas* se rapporte à un malade que M. Chauvel a traité en 1889 et qui a présenté deux récidives la même année et trois en 1890. A la cinquième récidive, trouvant un empâtement profond de la fosse iliaque droite, je fis une grande incision parallèle à l'arcade, un doigt au-dessus d'elle et remontant à un doigt au-dessus de l'épine iliaque. Arrivé dans le tissu cellulaire souspéritonéal, je rencontrai une sorte d'aponévrose de nouvelle formation épaisse et dure comme une lame de cuir, et derrière elle du pus en abondance ; le foyer largement ouvert, je constate qu'il est limité en dedans par les vaisseaux iliaques, et qu'il tend à pousser des prolongements vers le canal crural et le trou obturateur ; la paroi interne de l'abcès présente une petite masse fongueuse correspondant à la face externe du cæcum ; j'essaye inutilement d'y engager un stylet, — il n'y a pas perforation, — l'appendice ne se présente pas et je ne crois pas devoir aller à sa

recherche, dans la crainte de mettre la cavité péritonéale en communication avec un foyer particulièrement septique. Lavage, drainage, guérison temporaire.

Sixième récidive en août. Même intervention, mais, pour me conformer au désir formel du malade, après avoir reconnu l'impossibilité de trouver l'appendice du côté de l'abcès, je fais, séance tenante, la laparotomie médiane, et je constate que le péritoine cæcal se continue avec le péritoine pariétal de la région inguinale, sans que l'on puisse cette fois encore trouver trace de l'appendice perdu dans les adhérences. Je fais une triple suture de la paroi abdominale, sans aucun lavage des viscères sains et sans drainage du péritoine, et je draine largement le foyer iliaque; pendant quinze jours, je maintiens une sorte d'épuisette métallique, à l'extrémité d'un très gros drain dans la direction des fongosités, — puis enfin, je laisse se fermer la plaie, et le malade sort guéri et en état de rester au service, le 17 octobre 1890. La guérison s'est maintenue depuis.

Le cinquième cas est celui d'un malade qui a présenté trois atteintes consécutives de péritonite brusque, ayant la fosse iliaque droite pour point de départ, en janvier, avril et novembre 1890. Examiné en mars 1891, il ne présente aucune trace de ces accidents et paraît complètement guéri.

Le sixième est celui d'un infirmier atteint en janvier et en avril 1891 de péritonite brusque d'origine iliaque gauche, les deux fois pendant son sommeil. On sent assez nettement, le 3 avril, au début de la deuxième atteinte, un cordon du volume d'un doigt, siégeant entre l'ombilic et l'épine iliaque, et qui paraît être l'appendice distendu. Le 14, tout a disparu, les selles, examinées au point de vue d'un calcul, n'ont rien présenté d'anormal.

Le septième cas concerne un réserviste de 28 ans, atteint pour la première fois et très légèrement à la fin de 1889. Récidive grave le 7 février 1890. Le malade, examiné après guérison, conserve une vive douleur à la pression, au niveau du siège normal de l'appendice.

Le huitième cas, que je dois à l'obligeance de M. le professeur Robert, est celui d'un enseigne de vaisseau étranger, atteint de dysenterie au Tonkin, un an auparavant, et qui a présenté, le 17 décembre 1891, une poussée de pérityphlite, avec empâtement de la région cæcale et péritonite légère sans douleur au niveau de l'appendice. Entré au Val-de-Grâce au 1er janvier, il est aujourd'hui parfaitement guéri.

Neuvième cas (26 juin 1891). — Soldat d'infanterie, 23 ans. Induration ovalaire à grosse extrémité supérieure, partant du milieu du ligament de Poupart et remontant un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Première atteinte : début lent, insidieux, sans péritonite et sans élévation notable de la température. Résolution lente, terminée à la fin de juillet.

Enfin, je puis rapporter l'anatomie pathologique d'un dixième cas. En faisant dos recherches cadavériques sur les rapports de l'appendice avec la paroi abdominale, je tombai sur un sujet mort de péritonite généralisée, et dont l'appendice était coupé en deux par une large ulcération circulaire occupant sa partie moyenne, le bout terminal de l'organe ne tenant plus au reste de l'intestin que par un petit pont correspondant à l'insertion du méso et par ce méso lui-même. Le sujet paraissait âgé de 40 à 50 ans. Il n'a pas été possible de retrouver de calcul ni de corps étranger au voisinage de l'ulcération.

De ces observations, et de quelques autres que je n'ai pas conservées, je conclus que les pérityphlites présentent cliniquement deux types : le type phlegmoneux et le type péritonitique. Le premier, qui est le moins grave, se rattache souvent à des lésions de la muqueuse du cæcum; mais, comme il guérit presque toujours, son étiologie reste hypothétique.

A ce type, se rapportent nos observations I, II, IV, VIII, IX.

Le deuxième peut aussi être dû à des lésions cæcales probables comme dans ma troisième observation ; mais ici, les corps étrangers de l'appendice sont très souvent en cause, on les trouve dans la moitié des cas de mort, d'après les statistiques de Matterstock et de Krak, comprenant ensemble 218 observations.

Quelle que soit la gravité des inflammations de l'appendice, un certain nombre d'entre elles guérissent par l'expulsion spontanée du calcul dans le cæcum où le chassent les mucosités accumulées derrière lui ; ce travail peut être arrêté par l'explosion d'une péritonite mortelle sans arriver jusqu'à la perforation, ainsi que Grœningen l'a constaté — 3 fois sur une statistique de 10 ans pour l'armée allemande ; il se fait dans ce cas une sorte de perforation biologique permettant à l'infection de franchir la barrière muqueuse sans solution de continuité matérielle, c'est ce qui a lieu dans l'observation de M. Régnier. L'expulsion spontanée me semble probable dans mes observations IV et VI et elle est à peu près certaine dans l'observation LVII du dernier mémoire de Roux. Un deuxième mode de guérison spontanée des corps étrangers de l'appendice est leur émigration dans le tissu cellulaire de la fosse

iliaque, témoin le cas rapporté par Israël à la société clinique de Berlin, d'un calcul ordinaire émigré dans la région lombo-iliaque droite. L'appendice peut même se détacher complètement et s'enkyster sans accidents graves comme dans l'observation LI de Roux.

Enfin, le calcul peut retomber au fond de l'appendice une fois que celui-ci s'est assez dilaté pour lui faire place, quitte à déterminer dans la suite une nouvelle obstruction quand son volume sera devenu trop considérable. Cette solution dilatoire est probable chez les malades à récidives multiples.

En ce qui concerne les rapports du cæcum et de l'appendice avec le mésocæcum, je me suis assuré par des insufflations cadavériques que, sous l'influence de l'inflammation, l'insertion du méso à l'intestin peut s'élargir pour permettre à l'infection de se frayer une voie vers le tissu cellulaire de la fosse iliaque, malgré le petit ganglion lymphatique signalé par M. Clado, et sans que le péritoine soit nécessairement intéressé.

En un mot, les phlegmons, les péritonites et les phlegmons avec péritonite d'origine iliaque droite relèvent tous d'un même processus pathogénique : lésion de la muqueuse par une cause mécanique ou pathologique. Infection consécutive du péritoine, du tissu cellulaire ou des deux à la fois.

Nous estimons que la clinique permet souvent de déterminer avec certaines probabilités le point de départ de l'inflammation : cæcal, si l'empâtement avoisine l'épine iliaque droite ; appendiculaire, s'il occupe le milieu de l'espace iléo-ombilical ; d'après cette donnée, nous n'avons pu mettre l'appendice en cause que dans la moitié de nos cas ; les autres se rapportent, à notre avis, soit à de véritables lymphites accidentelles ayant la muqueuse cæcale pour point de départ, soit à la tuberculose qui paraît trouver sa porte d'entrée de prédilection dans les points où les matières intestinales séjournent longtemps, cæcum et rectum ; c'était le cas chez un malade dont nons n'avons pas rapporté l'observation. Chez nos dysentériques 3 et 8, l'éraillure d'une cicatrice intestinale nous paraît être l'origine des poussées inflammatoires.

Quoiqu'il en soit, nous croyons l'expectation formellement indiquée, en face d'une première atteinte, quand il n'y a ni suppuration ni péritonite grave ; le repos et les cataplasmes très chauds suffisant à assurer la résolution, et cette résolution pouvant très bien réaliser une guérison définitive.

L'incision iliaque est indiquée au contraire en cas de suppuration, même douteuse, quand la température reste élevée après

quatre à cinq jours de traitement; cette incision ne laisse pas de menaces d'éventration, même en l'absence de suture.

La laparotomie est indiquée de même en cas de péritonite grave, dût-on se contenter, comme M. Routier, d'un lavage et d'un drainage du péritoine; si l'on trouve l'appendice malade, on l'enlève, mais cette ablation n'est que la moitié de l'opération, et doit toujours être complétée par la désinfection du péritoine.

Quand on est en présence de récidives fréquentes d'origine incertaine, je pense que l'expectation est encore indiquée jusqu'au jour où entrent en scène les accidents visés plus haut.

Enfin, quand, après une ou plusieurs récidives, on constate la persistance d'un point douloureux et surtout d'une induration allongée et profonde entre l'ombilic et l'épine iliaque, l'intervention peut être proposée, parce que les interventions à froid, selon l'heureuse expression de Roux, sont peu graves; mais si cette intervention est légitime, elle ne peut être considérée comme absolument nécessaire, puisque la guérison spontanée est possible.

En cas de fistule consécutive, surtout si l'on sent un corps étranger, il y a lieu de faire un débridement et de chercher ainsi la guérison de la fistule par l'extraction du corps étranger, un large drainage ou un tamponnement.

Enfin, je considère comme indispensable de drainer pendant plusieurs semaines et très largement les abcès d'origine cæcale ou appendiculaire, sous peine de s'exposer à une récidive rapide.

M. Bouilly. Les observations de M. Terrier m'ont remis en mémoire deux faits de lésion tuberculeuse de l'appendice et de la région iléo-cæcale de l'intestin. J'ai rapporté le premier de ces faits au Congrès de chirurgie de 1889, à propos du traitement chirurgical de la péritonite aiguë; j'ai communiqué le second à la Société de chirurgie (11 juillet 1889), avec une erreur d'interprétation sur la nature de la lésion qui n'a été bien caractérisée que tout récemment.

Le 16 août 1888, je fis la laparotomie à une malade qui présentait depuis deux mois et dix jours les symptômes et les signes d'une péritonite subaiguë suppurée; les phénomènes péritonéaux s'amendèrent de suite; mais l'amélioration générale fut lente et entravée par des accidents pulmonaires. Les jours suivants, il s'établit par la plaie de l'incision une fistule stercorale. Le 27 décembre de la même année, je rouvris la plaie et je pus me convaincre que la cause primitive de la péritonite et de la fistule était une perforation probablement tuberculeuse de l'appendice iléo-cæcal. Cet organe fut isolé et réséqué; l'écoulement stercoral cessa; mais, quelques mois plus tard, la cicatrice se désunit, et

la malade succomba, en mars 1888, aux progrès de la tuberculose abdominale et pulmonaire. (*Congrès français de chirurgie*, 1889, p. 225.)

J'ai relaté ici (11 juillet 1888) l'observation d'une malade à laquelle j'avais pratiqué, le 6 décembre 1887, la résection du cæcum et d'une partie d'intestin grêle pour une tumeur donnant lieu à des phénomènes d'obstruction intestinale chronique ; cette tumeur, développée au-dessous de la région iléo-cæcale de l'intestin, avait le volume du poing ; l'appendice iléo-cæcal déformé, de la grosseur du doigt, avait la forme d'un boyau conique. Les pièces, examinées par M. Pilliet, furent classées sous le nom de *Lymphadénome*, ou mieux de *lympho-sarcome* limité de la région iléocæcale et de l'appendice. Mais l'année dernière (*Bull. soc. anat.*, juillet 1891) une nouvelle étude de ces pièces a démontré qu'il s'agissait d'une tuberculose lymphoïde du cæcum. Ce fait vient donc à l'appui de l'opinion de M. Terrier, à savoir qu'on avait dû cataloguer, sous le nom de cancer du cæcum, des néoplasies cæcales d'origine tuberculeuse. La connaissance de ces faits est importante ; cette lésion est d'un pronostic plus favorable que le cancer, et son ablation peut donner de bons résultats thérapeutiques. Mon opérée de décembre 1887 était encore en bonne santé en juillet 1891 ; je n'en ai pas eu de nouvelles depuis cette dernière époque.

M. Nélaton. Je viens vous donner quelques renseignements concernant le malade que M. Reclus a vu avec moi et auquel il a fait allusion dans une précédente séance.

Il s'agit d'un malade de trente-quatre ans qui a eu, il y a douze ans, une appendicite terminée par une suppuration. Le foyer a été ouvert tardivement par deux incisions dont on voit les traces au pli de l'aine et dans la région crurale. A la suite de cette appendicite, ce malade conserva une flexion permanente de la cuisse sur le bassin pendant dix ans. Sa santé fut parfaite, et il n'éprouva aucun accident nouveau. Il y a deux ans, au mois de janvier 1890, il eut une crise d'appendicite suivie de la formation d'un abcès volumineux qui fut ouvert par M. Pozzi. Au mois de juillet 1890, 2e rechute, incision nouvelle faite par moi ; puis, 3e récidive. En février 1891, incision nouvelle. En mai 1891, 4e reprise des accidents ; ce jour-là, dès l'apparition des douleurs, M. Bouilly fut appelé en consultation. Il fut d'avis d'intervenir immédiatement sans attendre la suppuration.

Comme je prévoyais des difficultés opératoires réelles, je priai M. Reclus de vouloir bien venir m'aider. L'opération fut la suivante : incision élevée commençant le long de la crête iliaque,

puis parallèle au pli de l'aine; je tombai dans un tissu lardacé vasculaire où je ne m'avançai qu'avec les plus grandes peines; après être pénétré à 6 ou 7 centimètres de profondeur environ, je crevai le péritoine. Cette brèche me permit d'explorer la cavité péritonéale et je reconnus la face antérieure du cæcum; nulle part je ne trouvai l'appendice. Désespérant de pouvoir m'avancer plus loin sans inciser l'intestin, j'abandonnai la partie. Le péritoine fut fermé par une suture au catgut, la plaie bourrée de gaze iodoformée. Deux jours après, il s'écoula par un fin pertuis la valeur d'une cuillerée à café de pus; les accidents cessèrent. 5e rechute en juillet 1891. Cette fois nous ne faisons rien, et le foyer se vide tout seul en trois jours. M. Bouilly me conseille alors de pousser un drain aussi loin que possible dans le foyer et de le laisser à demeure. Moyennant ce drain, qui pénètre à 17 centimètres, de juillet 1891 à novembre, il n'y eut plus de crises. Mais en ce moment le drain ayant été un jour repoussé en dehors et n'ayant pas été rentré, une 6e crise se reproduisit, suivie d'un nouvel abcès qui se vida encore spontanément et fut accompagné de l'expulsion d'un noyau de matière fécale dure et du volume d'un noyau de cerise. Depuis ce jour, un drain est maintenu dans la plaie, et ce malade se porte très bien, vaque à ses affaires, etc.

Cette observation nous montre la ténacité des accidents, leur retour persistant à quelques mois d'intervalle. Elle nous montre aussi le siège rétrocæcal de la lésion. Enfin, je puis affirmer que la résistance des adhérences, la fusion des tissus environnant le cæcum était telle pendant la période où la suppuration n'existait pas, qu'il m'était impossible de continuer la recherche de l'appendice sans m'exposer à blesser l'intestin, et je crois que le parti que me conseilla alors M. Bouilly est en pareil cas le seul raisonnable.

Je citerai rapidement encore les trois autres faits suivants pour montrer la fréquence du siège rétrocæcal de la perforation intestinale.

De ces trois points, l'un a trait à une jeune fille de neuf ans, auprès de laquelle je fus appelé par M. Labric. Cette enfant avait été prise brusquement d'une crise d'occlusion intestinale, pour laquelle M. Labric avait pensé à une invagination. Cette crise avait été courte, et quelques jours après le cours des matières était rétabli. Mais de la fièvre était survenue, et une douleur fixe siégeait dans la région cæcale. Cet état de choses dura cinq semaines environ, la fièvre étant médiocre (38-38°,9), et au bout de ce temps une tuméfaction phlegmoneuse se forma dans le flanc droit. Lorsque je vis l'enfant, elle avait une tuméfaction phlegmoneuse fluctuante siégeant entre le rebord des fausses côtes droites et la

crête iliaque. C'est là que je fis une longue incision qui découvrit un foyer stercoro-purulent infect, contenant des débris sphacélés en grand nombre. Au-devant du foyer se voyait l'intestin perforé; des drains furent laissés et un pansement humide facile à renouveler fut placé sur la plaie.

Au bout de huit jours, un lambeau de parties molles mortifié, long et gros comme mon pouce, fut éliminé; il ressemblait à un morceau d'étoupe imbibé de matières stercorales. Après cela, les matières stercorales continuèrent à s'écouler pendant un mois environ, puis la fistule se ferma et l'enfant guérit. Elle est aujourd'hui bien portante.

Je ne savais pas ce qu'était ce morceau sphacélé éliminé par l'enfant et je supposais qu'il pouvait s'agir d'une portion d'intestin invaginé et mortifié.

Un nouveau cas que j'ai observé, il y aura jeudi quinze jours, en me montrant un morceau semblable, m'a renseigné sur sa nature.

Jeudi dernier entrait en effet à la maison de santé un enfant de huit ans, qui se présentait à mon examen dans un état déplorable. Un abcès volumineux s'étendait de la symphyse pubienne à l'épine iliaque postérieure et supérieure, contournant toute la région droite de l'abdomen. Cet abcès était crevé en trois endroits, par lesquels sortaient du pus et des matières fécales. L'enfant avait une fièvre vive, la langue sèche, il était en un mot dans un état grave.

La mère me racontait que la marche de la maladie avait été très lente. Au mois de juillet dernier, l'enfant s'était plaint du côté droit et s'était mis à boiter. Le médecin, consulté, avait ordonné le repos au lit et, croyant probablement à une affection articulaire, avait établi l'extension continue. Les douleurs avaient continué, et ce n'est qu'en décembre qu'une tuméfaction était apparue au niveau de la région iliaque. Depuis lors, elle s'était accrue, puis vidée.

Je diagnostiquai chez cet enfant un vaste foyer ayant pour point de départ le cæcum perforé ou l'appendice.

Avec une paire de ciseaux j'ouvris largement la poche purulente de la symphyse pubienne à la crête iliaque, cette poche était souscutanée dans les deux cinquièmes antérieurs. En arrière les insertions postérieures des muscles abdominaux étant détruites, elle s'enfonçait et pénétrait en dehors de la masse sacro-lombaire dans le bassin entre le muscle iliaque et la partie postérieure de l'intestin refoulé en avant. De cette poche purulente je pus extraire facilement de longs boudins de tissu cellulaire et musculaire sphacélés, imprégnés de pus et de matières stercorales. Ces parties

sphacélées étaient en tout semblables à la partie mortifiée que j'avais trouvée chez la petite fille de ma première observation ; dans une poche close de toutes parts en arrière par le muscle psoas-iliaque, en avant par l'intestin et le péritoine refoulés en avant, je trouvai sur la paroi postérieure du cæcum une perforation large d'un centimètre environ; elle siégeait à côté et à un centimètre au-dessus de l'appendice ulcéré et ouvert. Je décollai et réséquai l'appendice et je suturai la perforation ; un pansement humide fut appliqué. Ma suture n'a point tenu et une fistule stercorale s'est établie ; néanmoins, le malade va aujourd'hui assez bien pour qu'une guérison prochaine me paraisse assurée.

Un quatrième fait m'a été offert au mois de septembre à l'hôpital Necker pendant que j'y remplaçais M. Le Dentu.

Un jeune garçon de 11 à 12 ans me fut amené de l'hôpital des Enfants, où il était dans un service de médecine depuis une huitaine de jours, avec un abcès de la fosse iliaque droite.

La région iléo-inguinale droite était profondément empâtée, rénitente, œdémateuse, l'enfant avait un état général fébrile, et bien que la fluctuation ne fût point évidente la présence du pus était certaine. Je fis une incision parallèle au pli de l'aine, incisai l'aponévrose du grand oblique, relevai le petit oblique de bas en haut et décollai le péritoine pour m'avancer profondément vers le foyer; mais après avoir décollé le péritoine sur une étendue de 3 centimètres environ, je le crevai ; il s'écoula une certaine quantité de sérosité citrine, j'agrandis alors la déchirure péritonéale et je vis le cæcum refoulé en avant par une masse placée derrière lui. Écartant le cæcum en haut je ponctionnai la masse placée derrière lui, qui n'était autre chose qu'un foyer purulent, puis j'agrandis l'ouverture faite à ce foyer et recherchai l'appendice que je ne trouvai point. Une mèche de gaze iodoformée fut placée dans la cavité de l'abcès vidé. Bien que cette mèche traversât un coin de la cavité péritonéale non protégé je n'eus aucun accident à déplorer et le petit malade guérit rapidement.

Ces quatre observations montrent donc le siège rétro-cæcal des collections purulentes ou des perforations, et j'ai rapporté ces faits pour montrer que dans la plupart des cas, loin de se rapprocher de la ligne médiane, le chirurgien doit faire une incision postéro-latérale ainsi que l'a déjà conseillé Roux, de Lausanne. C'est en arrière en effet que l'on arrivera le mieux sur le point malade et qu'on aura sans danger toute liberté d'action.

D'autre part, l'observation que j'ai rapportée en premier lieu et à laquelle M. Reclus avait fait allusion me paraît montrer que dans les cas anciens on ne peut pas toujours découvrir le foyer du mal et qu'alors la seule conduite à tenir est celle que m'a conseillée

M. Bouilly et qui m'a donné un résultat satisfaisant comme pis-aller.

M. Paul Reynier. A l'appui de l'opinion que M. Terrier a émise dans la dernière séance, sur la nature tuberculeuse de certaines appendicites ou typhlites, je viens rapporter deux observations de ma pratique personnelle.

Dans un cas il s'agissait d'un homme de 38 ans qu'on avait fait passer dans mon service, d'un service de médecine, comme atteint de typhlite. En effet il en présentait tous les symptômes : tumeur allongée dans la fosse iliaque droite, constipation opiniâtre, phénomènes fébriles revenant le soir. Pensant, devant l'élévation de température, qu'il pouvait y avoir du pus, je résolus d'intervenir, et avec l'aide de mon ami le Dr Ozenne, je lui fis une incision dans la fosse iliaque qui m'amena sur le cæcum. Celui-ci présentait à sa surface un semis de granulations jaunes, sur la nature desquelles il ne semblait guère qu'on pût avoir d'hésitation; de plus des ganglions volumineux qu'on trouvait dans le mésentère venaient affirmer le diagnostic de la lésion tuberculeuse. Le malade présentait des lésions des sommets, qui venaient encore à l'appui du diagnostic. Il n'y avait pas de pus; les lésions étaient très étendues; je dus me contenter d'une simple incision exploratrice, et je refermai le ventre. Quelque temps après, un mois environ, le malade mourait. Nous pûmes en faire l'autopsie, et celle-ci montra que les ganglions étaient caséeux, que les sommets étaient farcis de tubercules, et que par suite le diagnostic de typhlite tuberculeuse était indiscutable.

L'autre observation moins probante, puisqu'il n'y a pas eu d'autopsie, me paraît toutefois devoir être citée encore comme un exemple de ces appendicites tuberculeuses. Il y a dix ans je fus appelé à donner mes soins à un jeune homme de 25 ans, fils de père mort de tuberculose pulmonaire, et ayant pour frère un phtisique. Cinq mois avant que je ne fusse appelé, il avait eu, d'après le diagnostic porté par M. Gosselin, qui l'avait soigné à cette époque, une typhlite avec abcès de la fosse iliaque droite, ouvert par M. Gosselin.

L'ouverture de cet abcès était devenue fistuleuse, et c'est dans ces conditions que le malade était venu me trouver. Quelque temps après un nouvel abcès de la fosse iliaque se produisit, que j'ouvris. Le pus qui s'en écoula ressemblait à du pus d'abcès froid. Je pensai à ce moment que le diagnostic primitivement porté pouvait être erroné, et je cherchai, mais inutilement, une lésion osseuse du côté de l'os iliaque; quelque temps après par l'ouverture que j'avais faite s'écoulèrent des matières stercorales, et il s'établit une

fistule stercorale, qui au bout de quelque temps se ferma spontanément. Mais de nouveaux trajets fistuleux, de nouveaux abcès se produisirent, un du côté de l'ombilic, les autres dans la masse sacro-lombaire. Je les ouvris successivement, et M. Bouilly doit se rappeler qu'un jour il voulut bien me prêter son concours pour gratter tous ces trajets fistuleux, qui étaient fongueux, et ressemblaient aux trajets qui succèdent aux lésions tuberculeuses.

Malgré toutes ces interventions je ne pus voir se tarir la suppuration, et mon malade au bout d'un an de souffrances mourait d'urémie, due à une néphrite amyloïde, sans que j'aie jamais pu trouver une lésion osseuse.

A l'heure actuelle, bien que l'autopsie n'ait pu être faite, et venir confirmer cette manière de voir, je ne crois pas qu'il puisse être possible de douter que je n'aie eu affaire dans ce cas à une lésion tuberculeuse du cæcum, cause de tous les accidents présentés par mon malade.

Je partage l'opinion de M. Nélaton sur le siège fréquent rétrocæcal de la perforation. Je viens d'avoir tout dernièrement à recueillir deux observations, qui confirment cette manière de voir.

D'ailleurs je fais remarquer que lorsqu'on lit les observations suivies d'autopsie le siège rétro-cæcal des lésions est presque toujours indiqué.

M. Routier. J'ai soigné en 1885 un jeune étudiant valaque, chez lequel j'ai ouvert à quelque temps d'intervalle un abcès de la fosse iliaque se produisant pour la neuvième et la dixième fois; c'était à une époque où commençait l'histoire de l'appendicite. Ce malade forcé de retourner dans son pays fut traité par notre collègue M. Assaky qui ne put retrouver l'appendice iléo-cæcal, mais put enlever une espèce de pierre stercorale. La guérison fut complète à la suite de cette intervention.

Je suis étonné d'avoir entendu dire qu'on ait pu sentir l'appendice à la palpation à travers la paroi abdominale. Sur une petite fille, j'ai enlevé un appendice caché derrière le cæcum qui était sain; dans un deuxième cas, l'appendice était aussi rétro-cæcal, contourné et rempli de matières fécales durcies; enfin dans une autopsie j'ai trouvé l'appendice dans la même situation.

Rapport.

Sur un mémoire de M. Henri Chaput, intitulé : *Des plaies de l'intestin.*

Rapport par le Dr Gérard-Marchant.

M. Henri Chaput, chirurgien des hôpitaux, vous a présenté un mémoire sur *les plaies de l'intestin* chez le chien. — C'est une étude des plus consciencieuses, reposant sur un grand nombre d'expériences (182) patiemment poursuivies pendant deux ans. — Aussi je réclame toute votre attention pour ce travail qui paraît au premier abord s'éloigner de nos préoccupations scientifiques habituelles.

Le travail débute par un historique dans lequel les publications anciennes et celles plus récentes de MM. Reclus, Estor, Senn et Schachner sont rappelées.

A la suite de plaies de l'intestin soit par coup de couteau, soit par coup de feu, abandonnées à elles-mêmes, les chiens succombent très rapidement puisque le moment de la mort varie de quelques minutes à moins de vingt heures. C'est là un fait instructif sur lequel l'auteur s'appuie pour admettre que toute intervention qui réussit chez le chien, dont le péritoine est très susceptible, réussit d'autant mieux chez l'homme dont la séreuse péritonéale est plus tolérante.

Les chiens succombent de plus en grand nombre puisque l'expectation donne une mortalité de 68 0/0 (46 cas : 31 morts et 15 guérisons). Les causes de la mort sont l'*hémorragie*, la *péritonite septique*, ou ces deux causes réunies.

Dans les plaies transversales par armes à feu, le nombre habituel des perforations est de 6, le maximum 26, le minimum 2, proportions variables qui entraînent un pronostic différent.

M. Chaput a étudié le mécanisme de la *guérison spontanée*. Il est intéressant de rappeler que l'épiploon joue dans ces cas le principal rôle : il adhère au bouchon muqueux, lorsqu'il *n'est pas septique* (Terrier), et la *chute de l'épithélium au niveau du bouchon muqueux*[1] favorise la réunion.

Cette puissance adhésive de l'épiploon se manifeste parfois avec une telle rapidité que M. Chaput a trouvé, au cours d'une laparotomie faite deux heures après le coup de feu, « *des adhérences fortes au pourtour de la perforation.* »

[1] Cette question d'histologie est encore à l'étude.

De ce rôle obturateur de l'épiploon dépend la survie de l'animal.

Il est curieux de noter encore, contrairement à l'opinion habituellement admise, que la mortalité est à peu près la même, que le chien soit tout à fait à jeun ou en demi-réplétion. C'est ainsi que chez un *animal à jeun* une seule plaie par coup de feu ou par instrument tranchant est aussi grave que *plusieurs plaies* chez un animal en digestion.

Sur 11 *chiens*, dont 5 à jeun, n'ayant reçu qu'un seul coup de feu sur une seule anse, M. Chaput a eu 7 morts et 4 guérisons.

Sur 5 animaux complètement à jeun, auxquels on fit une seule plaie linéaire de 2 centimètres sur le bord convexe de l'intestin, 4 sont morts, 1 soul a guéri.

Cependant, M. Chaput admet que la *réplétion complète* est une circonstance aggravante.

Vous me pardonnerez ces détails que j'ai cru devoir rappeler, car ils jettent un jour nouveau sur les conditions de la guérison spontanée des plaies intestinales chez le chien.

J'arrive à la partie vraiment importante de ce travail.

Frappé de la mortalité considérable que donne l'expectation, M. Chaput a traité les plaies intestinales chez le chien par la laparotomie, et ses résultats ont été *désastreux* jusqu'au jour où il a découvert et appliqué la *greffe intestinale* qui lui a donné 100 0/0 de guérisons, lorsqu'on opère dans certaines *conditions de temps*.

Ces résultats sont d'autant plus remarquables que jusqu'ici le traitement des plaies intestinales chez le chien, par la laparotomie, avait donné à tous les expérimentateurs les résultats les moins satisfaisants. Schachner, par exemple, accuse dans ses interventions une mortalité de 45 0/0.

Il serait sans intérêt de montrer l'auteur à la poursuite d'une technique opératoire efficace, essayant successivement et sans résultats encourageants :

1° La suture partielle et la greffe épiploïque (7 morts sur 7 cas).
2° La suture des perforations à l'épiploon intact (7 morts, 3 guérisons).
3° Les résections partielles suivies de suture (3 morts, 1 guérison).
4° Les greffes de gaze iodoformée (6 morts et 2 guérisons).

Parmi les résections totales :

5° La résection totale avec l'entérorraphie circulaire de Lembert (6 morts, 2 guérisons).
6° La résection totale avec l'entérorraphie circulaire par abrasion (11 morts et 4 guérisons).

7° La résection totale avec entérorraphie longitudinale (6 morts, 0 guérison).
8° La suture de Duplay (4 morts, 0 guérison).
9° La suture circulaire avec fente.
10° L'entérorraphie par anastomose (3 morts, 0 guérison).

Pour expliquer ces échecs opératoires, M. Chaput invoque des fautes graves et inévitables de technique opératoire imputables à ces procédés chez le chien. — *Les sutures sont perforantes. — Il est impossible d'appliquer deux étages de sutures, d'obtenir des sutures non tendues. — Le rétrécissement de l'intestin est presque toujours fatal.*

Le procédé qui devait enfin couronner les efforts thérapeutiques de M. Chaput, consiste à *suturer une anse saine à la surfaco d'une perforation par une série de sutures à deux étages* (point de suture de Lembert).

Cette opération donne une guérison certaine, même sur un chien en pleine digestion, à la condition de ne pas attendre plus de trois quarts d'heure (18 cas, 18 guérisons). Mais lorsque la greffe intestinale est faite après trois quarts d'heure, le pronostic devient plus sombre, et M. Chaput a eu 4 morts et 3 guérisons.

La réussite n'est donc plus une question de technique : elle est subordonnée à une question de temps.

Raisonnant toujours par analogie, transportant sur le terrain humain les résultats expérimentaux observés chez le chien, l'auteur pense que, chez l'homme, qui survit en général 2 ou 3 jours aux plaies intestinales, alors que chez les animaux la mort survient en quelques heures, le délai pendant lequel on peut intervenir « doit être beaucoup plus long ».

Cette conviction est telle, chez M. Chaput, qu'il n'a pas hésité à écrire : « Je pense que si l'on opérait chez l'homme dans les quatre heures qui suivent la blessure, et dans de bonnes conditions, on aurait une statistique presque sans mortalité. »

Je vais décrire l'opération de la greffe intestinale, en supposant successivement comme l'auteur :

1° Une plaie tangentielle sur le bord convexe (*fig.* 1).
2° Une double perforation à égale distance du bord convexe et du bord mésentérique (*fig.* 2).
3° Des perforations au voisinage de l'insertion du mésentère (*fig.* 3).
4° Perforation au niveau même de l'insertion mésentérique (*fig.* 4).

1° *Plaie tangentielle sur le bora convexe.* — Pour exécuter cette opération, il ne faut pas choisir une anse quelconque, mais

l'anse blessée elle-même, afin d'éviter les brides péritonéales. On met en regard de la perforation un point de l'anse blessée, situé à 15 ou 20 centimètres au-dessus ou au-dessous de la plaie intes-

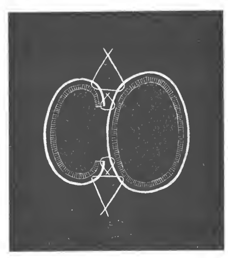


Fig. 1.

tinale. Il s'agit maintenant d'oblitérer la perforation par des sutures réunissant les deux anses et passant en arrière, en haut et en bas de l'orifice. Commençons par les sutures postérieures (*fig.* 5) :

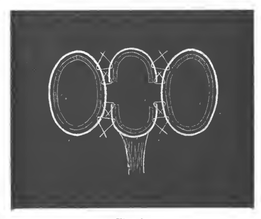


Fig. 2.

elles sont placées parallèlement au grand axe de l'intestin, car autrement on serait obligé d'employer trop d'étoffe.

Chaque fil est passé dans la lèvre postérieure de la perforation, puis dans un point symétrique de l'anse intacte; on place deux étages de suture pour la lèvre postérieure (*fig.* 5).

On met également deux étages de suture en haut et en bas de la perforation (*fig.* 5,2) et sur des points symétriques de l'anse saine. Ces fils sont perpendiculaires au grand axe de l'intestin.

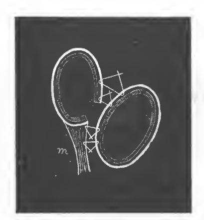


Fig. 3.

On termine par les sutures antérieures toujours sur deux plans (*fig.* 1,6) et qu'on exécute identiques aux postérieures, c'est la greffe intestinale *simple*.

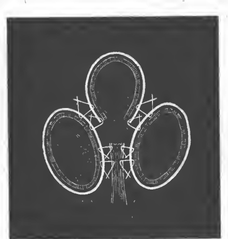


Fig. 4.

2° *Double perforation à égale distance du bord convexe et du bord mésentérique.* — Sur la perforation de droite on applique la partie supérieure de l'anse, comme il vient d'être dit ; sur la perforation de gauche on applique la partie inférieure (*fig.* 5).

Il en résulte que l'anse opérée a l'aspect d'une *S* italique — cette opération mérite le nom de *greffe intestinale double* (*fig.* 5).

3° *Perforation au voisinage de l'insertion du mesentère.* — Dans ces conditions il est impossible de placer les sutures postérieures sur les lèvres intestinales faute d'espace.

M. Chaput recommande de prendre dans les sutures postérieures,

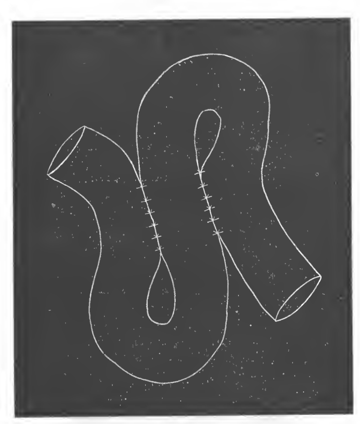


Fig. 5.

supérieures et inférieures le tissu même du mésentère (*fig.* 3), à la condition toutefois de ne pas perforer les vaisseaux importants, avec l'aiguille.

4° *Perforation au niveau même de l'insertion mesentérique.* — Chez le chien, on peut faire la résection suivie de suture ou bien employer la greffe intestinale double. Il suffira d'appliquer deux anses de chaque côté du mésentère et pour les sutures postérieures, supérieures et inférieures (*fig.* 4), de passer les fils dans le tissu

même du mésentère en prenant garde aux vaisseaux. — J'ai vu opérer M. Chaput : son procédé de greffe est simple et rapide.

J'arrive maintenant aux objections que suscite la lecture de ce travail. Notre collègue a eu le mérite de nous donner un procédé opératoire qui, à l'encontre de tous les autres procédés, permet chez le chien et dans les conditions de temps que nous avons déterminées, la guérison des plaies intestinales.

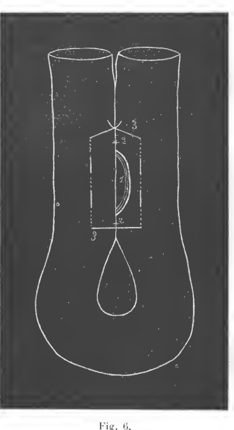


Fig. 6.

Les succès opératoires ainsi obtenus sont trop constants, les chiffres trop éloquents pour que j'infirme la valeur de ce procédé chez le chien. — On pourrait faire remarquer à notre collègue que les blessures qu'il a ainsi traitées, étaient surtout des blessures par coups de ciseaux qui donnent des plaies moins graves que les plaies par coups de feu. En effet, dans ses observations suivies de guérison, je note seulement deux coups de feu, et les autres plaies consistaient en coups de ciseaux sur l'intestin. A cet argument,

M. Chaput répond que chez *le chien* les blessures par coups de ciseaux sont aussi graves que les blessures par armes à feu, que ces dernières produisent surtout des lésions irréparables (les 3/4 d'une anse intestinale emportée), à cause des dimensions de l'intestin chez le chien.

Une objection au-devant de laquelle est allé M. Chaput, est celle de *l'occlusion ultérieure*, une anse saine pouvant s'engager

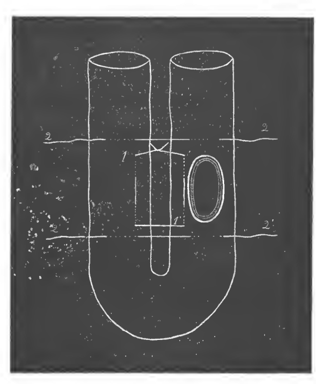


Fig. 7.

dans l'anneau de l'anse opérée. Ce danger lui paraît improbable car le mésentère se soude ordinairement à la partie postérieure de la région opérée, tandis que l'épiploon adhère en avant : il n'existe donc pas d'orifice dans lequel une anse saine puisse s'engager.

Mais la grosse objection est la suivante : ce procédé est-il applicable à l'homme ? L'intestin humain se prête-t-il comme celui du chien, à la greffe intestinale ? M. Chaput le pense, et on ne saurait lui opposer une négation puisque la tentative n'a pas encore été faite. On ne peut que formuler des réserves absolument théoriques.

Je crains pour ma part que l'inflexion de l'anse proposée par notre collègue ne *soit pas toujours réalisable*, ou que cette *anse, se redressant* après la suture, et sous l'influence de la tension gazeuse, ne fasse céder les sutures.

Une objection plus sérieuse est celle de la coudure simple ou double de l'anse greffée, du mouvement de rotation qui peut en être la conséquence ? La circulation intestinale s'accommodera mal de cette inflexion et les phénomènes d'occlusion intestinale ne sont-ils pas à redouter ? — Je sais bien qu'on pourra y remédier dans une certaine mesure en prenant une anse d'une certaine longueur pour la couder, et de façon à éviter les coudures brusques.

Si ces objections ne sont pas fondées, M. Chaput aura le grand mérite d'avoir trouvé un procédé rapide de suture intestinale applicable à l'homme.

Il faut bien convenir que ce n'est pas dans l'insuffisance des sutures actuellement employées que réside la gravité des plaies intestinales, que, grâce au principe des sutures à plusieurs étages, on obtient à peu près sûrement (Lembert, Czerny, Wölfler), l'occlusion efficace d'une plaie de l'intestin.

Le procédé de la greffe entérique ne résout donc pas le difficile problème de la guérison des plaies intestinales ; ce n'est d'ailleurs pas là sa prétention : mais il constituera, je l'espère, à l'avenir, une ressource précieuse de sutures, dans certains cas particuliers de perforations intestinales (comme plaies larges), qui jusqu'ici ne pouvaient être réparées que par une résection (opération longue et grave), ou par une suture partielle amenant fatalement le rétrécissement de l'intestin.

J'ai l'honneur de demander à la Société : 1° de voter des remerciements à M. Chaput ; 2° de l'inscrire en bon rang sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

Discussion.

M. Reynier. D'après mes expériences sur les chiens, les coups de couteau de l'abdomen sont beaucoup moins graves que les plaies par armes à feu. Les coups de feu produisent des désordres beaucoup plus graves si l'on tire le chien de côté ; la balle traverse toute la cavité abdominale et perfore l'intestin sur divers points ; elle risque aussi de blesser de gros vaisseaux et de donner lieu à de graves hémorragies.

J'ai observé que les résections intestinales sur le chien guérissent toujours ; une petite chienne sur laquelle j'avais réséqué 60 centimètres d'intestin a pu mettre bas quelque temps après.

Il me semble aussi nécessaire de discuter le moment de l'intervention opératoire après les coups de feu de l'abdomen ; si l'on opère deux heures après le traumatisme, l'animal meurt rapidement. Le choc chloroformique s'ajoute au choc traumatique et la mort s'ensuit. Il m'a paru nécessaire d'intervenir plus tardivement, le lendemain par exemple. Je fais cette même observation chez l'homme : il est nécessaire de retarder l'intervention pour coups de feu de l'abdomen après la disparition du choc abdominal.

M. Chauvel. Combien de temps ont survécu les chiens opérés?

M. Gérard-Marchant. Quinze jours.

M. Chauvel. Combien dure l'opération pour une seule perforation ?

M. Gérard-Marchant. Dix minutes.

M. Chaput a démontré par l'historique de la question que la laparotomie a jusqu'à présent donné de mauvais résultats chez le chien soit pour les plaies de l'intestin, soit pour les résections intestinales. Il s'éloigne tout à fait de l'opinion de M. Reynier, et prouve au contraire qu'il faut opérer hâtivement, trois quarts d'heure après le traumatisme.

M. Reynier. J'ai voulu dire qu'il faut tâcher d'opérer quand le choc a disparu.

Je termine en faisant remarquer que chez le chien, la circulation des matières et des gaz se fait très bien malgré les coudures que l'on fait subir à l'intestin.

Les conclusions du rapport de M. Gérard-Marchant sont mises aux voix et adoptées.

Comité secret.

La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Felizet sur les titres des candidats à la place de membre titulaire.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 9 mars 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Horteloup, demandant à ses collègues de le nommer membre honoraire ;

3° *Plaie du nerf radial ; suture deux mois et demi après; retour sensible des mouvements d'extension*, par M. Millot-Carpentier (M. Richelot, rapporteur) ;

4° *Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver ; traitement médical; guérison*, par M. Choux, médecin-major (M. Reclus, rapporteur) ;

5° M. Berger offre à la Société un portrait de M. Denonvilliers, ancien membre fondateur de la Société de chirurgie.

M. Turgis (de Falaise), membre correspondant, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.

Rétrécissement cancéreux du cardia ; gastropexie suivie, à trois mois de distance, de l'ouverture de l'estomac.

M. Ch. Monod. Je vous ai présenté, il y a quelques semaines, un homme atteint de rétrécissement cancéreux de l'extrémité inférieure de l'œsophage, chez lequel je m'étais contenté de fixer l'estomac à la paroi abdominale, remettant à plus tard l'ouverture de sa cavité et la création d'une fistule gastrique.

Je vous disais que j'avais pris ce parti parce que cet homme, qui ne pouvait avaler que des liquides, en absorbait cependant une quantité suffisante et conservait toutes les apparences de la santé ;

j'ajoutais que, dans ces conditions, il me paraissait indiqué de lui éviter, pour le moment, les ennuis d'une fistule, tout en me mettant en état de la créer instantanément pour ainsi dire et sans danger dès que la nécessité s'en ferait sentir.

On m'a objecté que je donnerais ainsi au malade le tourment d'une double opération, et qu'en attendant la seconde il aurait le chagrin d'assister à son propre dépérissement.

Vous allez voir que les choses ne se sont pas passées de la sorte. La gastropexie a été pratiquée le 24 novembre dernier; ce n'est que ce matin 9 mars, plus de trois mois plus tard, que j'ai dû faire l'ouverture de l'estomac. Dans cet intervalle, le malade, loin de dépérir, a, jusqu'à la dernière semaine, gagné en poids, ce dont il se montrait fort satisfait; et la seconde opération, faite au lit, dans la salle, sans apprêt, sans douleur, s'est réduite à un simple coup de trocart qui n'a aucunement éprouvé le patient.

Le poids du malade a été régulièrement pris tous les huit jours. Il pesait 68 kilogrammes avant l'opération; les jours suivants il a perdu 3 kilogrammes, mais a rapidement regagné sa perte. Non seulement il est revenu à son poids primitif, mais il l'a même dépassé; il était arrivé, il y a huit jours, à 72 kilogrammes. Cette gradation ascendante a alors cessé, et j'apprenais hier qu'il était en perte de 2 kilogrammes. Il me disait en même temps que la déglutition des liquides était devenue de plus en plus difficile, et même, depuis vingt-quatre heures, absolument impossible. Notre homme ne souffrait pas encore de la faim, mais était tourmenté par une soif inextinguible.

Je jugeai que le *moment psychologique* était arrivé, et, sans plus tarder, je procédai à la création de la fistule gastrique.

Cette seconde partie de l'opération a été de la plus grande simplicité. La plaie faite à la paroi abdominale était fermée; une petite dépression recouverte d'une croûte marquait seule le point où l'estomac avait été sondé; j'avais heureusement pris la précaution d'introduire dans l'épaisseur de la partie profonde de la plaie un fil qui, pendant au dehors, devait me servir de guide pour retrouver et ouvrir l'estomac. Je pus, le long de ce conducteur, glisser un stylet qui alla buter contre la paroi stomacale. Substituant alors au stylet un trocart à hydrocèle, je pénétrai sans peine dans la cavité de l'estomac. Le trocart retiré, je vis soudre par la canule quelques gouttes d'un liquide qui rougissait le papier de tournesol et sur la nature duquel aucun doute n'était possible.

Pour éviter au malade la moindre douleur, j'avais injecté sous la peau et dans le trajet quelques gouttes d'une solution de cocaïne.

Je laissai la canule en place et fis immédiatement pénétrer dans l'estomac du lait, puis une certaine quantité d'eau pour apaiser la soif du malade, qui fut en effet immédiatement calmée.

Le tout n'avait duré que quelques minutes.

Mon intention est de ne retirer la canule que dans un ou deux jours, alors que je pourrai considérer la fistule gastrique comme définitivement créée. Suivant le conseil qui a été récemment donné par M. Terrier et par M. Reclus, je ne laisserai pas de sonde à demeure. L'alimentation sera assurée par l'introduction aussi fréquente qu'il sera nécessaire d'une sonde en caoutchouc rouge, qui sera aussitôt retirée.

Je fais, au sujet de ce fait, les remarques suivantes :

1° Il est aujourd'hui admis que la gastrostomie pour cancer de l'œsophage doit se faire de bonne heure, avant la période de cachexie, alors que le malade est encore en pleine résistance vitale. Ne s'expose-t-on pas, d'autre part, en agissant ainsi, à opérer trop tôt? L'expérience a montré que l'existence d'une fistule gastrique n'est pas, même dans le cas où elle est le mieux supportée, sans créer quelque tourment aux malades ; on ne saurait donc repousser, sans examen, toute tentative faite pour ne l'établir qu'au moment précisément opportun. Ce moment est difficile à déterminer avec exactitude. En décomposant l'opération, comme je l'ai fait, en deux temps, cette difficulté est vaincue ou, si l'on veut, tournée. Le malade, s'il est suffisamment intelligent, se soumettra volontiers à la première partie de l'opération, qui ne changera rien à sa manière de vivre ; il sera heureux de penser que si l'obstacle à l'alimentation venait à augmenter, il pourra y être pourvu aussitôt et sans la moindre des interventions.

2° J'admets volontiers que la gastrostomie en un seul temps, habilement pratiquée, est une opération sans danger. Et cependant il peut arriver, et il est arrivé, qu'elle occasionne la mort par suite d'une fixation imparfaite de l'estomac. Il suffit que ce danger puisse exister pour que, toutes choses égales d'ailleurs, on donne la préférence à un procédé qui l'évite à coup sûr.

3° Enfin il est reconnu aujourd'hui que l'ouverture faite à l'estomac doit être aussi petite que possible. Sous ce rapport aussi, le mode opératoire que je préconise donne toute garantie. On ne saurait, en effet, donner à la fistule un diamètre inférieur à celui du trou que peut faire un trocart à hydrocèle.

A un seul point de vue, l'ouverture de l'estomac en deux temps est inférieure au procédé en un seul temps. Il ne permet pas de border le trajet avec la muqueuse stomacale, comme le recommande mon excellent maître et ami M. Terrier. L'avenir montrera si l'omission de cette petite précaution est ou non d'importance.

Je ne saurais terminer cette note sans rappeler, comme je l'ai fait lors de ma première communication, que l'opération de gastrostomie en deux temps séparés par un long intervalle a été conseillée et pratiquée, quelques semaines avant ma tentative et sans que j'eusse eu connaissance de ce fait, par notre collègue M. Poncet (de Lyon).

Suite de la discussion sur l'appendicite.

M. Jalaguier. J'ai observé, depuis trois ans, 21 cas de typhlites ou de pérityphlites. Sur ce nombre, j'en laisserai de côté 11 comme ne se rapportant pas directement à la discussion actuelle ; en effet, 3 fois il s'agissait de typhlites stercorales, avec occlusion intestinale, et 9 fois de péritonites généralisées par perforation de l'appendice ou du cæcum.

Je vous demande la permission de borner ma communication à l'exposé de 9 observations du type des pérityphlites (typhlites et appendicites), que M. Reclus a spécialement visées dans son intéressant rapport. Je pourrais ajouter un dixième fait à cette série, c'est l'observation d'un jeune homme atteint d'abcès péri-cæcal, et que j'ai opéré au mois de juillet 1889 dans le service de M. Berger ; ce malade a guéri après avoir conservé pendant six mois une fistule stercorale ; j'aime mieux ne pas insister sur cette observation, que je serais obligé de reconstituer de mémoire.

Je m'en tiendrai aux 9 observations complètes que j'ai pu recueillir ; ces 9 cas se sont présentés à moi depuis dix mois, c'est-à-dire depuis que le traitement des appendicites et des pérityphlites est à l'ordre du jour.

Sur ces 9 cas, dans 6 cas je n'ai pas cru devoir intervenir ; mes 6 malades ont guéri ; dans 3 cas je suis intervenu et ces 3 malades ont guéri également.

Obs. I. — *Appendicite ; trois poussées successives ; traitement par l'opium et par les applications de glace ; guérison.*

Raoul R..., âgé de 13 ans et demi, enfant vigoureux et bien portant, est pris le 11 juin 1891, une heure après le repas du soir, de coliques assez vives ; il se couche et dort toute la nuit.

Le 12 juin, au réveil, la douleur se localise dans le côté droit de l'abdomen ; elle est sourde, continue et s'exaspère quand le malade veut marcher ou faire un mouvement. Appétit conservé. Constipation.

Le 13 juin, même état. Le malade se lève, mais la marche est impossible.

Le 14 juin, pour la première fois, le malade a un vomissement alimentaire dans la matinée. Anorexie absolue ; la constipation persiste.

Le 15 juin, deux vomissements bilieux dans la matinée.

Le 17 juin, entrée à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, lit 9. Il souffre toujours dans la fosse iliaque droite ; l'état général n'est pas inquiétant, le facies est bon. Les vomissements n'ont pas reparu depuis l'avant-veille ; la constipation persiste depuis cinq jours ; température du soir, 37°,8.

Le 18 juin, je vois l'enfant pour la première fois ; il a dormi presque toute la nuit ; la mine est bonne ; la température à 37°. Il se plaint toujours de souffrir dans la région de la fosse iliaque droite, mais les douleurs sont peu intenses. L'abdomen n'est pas ballonné. La pression est douloureuse seulement au-dessus de l'arcade crurale, et surtout en un point qui correspond au milieu de la ligne spinoso-ombilicale ; à ce niveau on découvre, profondément, une masse dure, arrondie, du volume d'une petite noix, très sensible à la pression. Entre cette masse et l'épine iliaque, la région occupée par le cæcum est souple, peu douloureuse, sonore à la percussion.

Le diagnostic d'appendicite légère en voie de résolution ne fait pas de doute.

Traitement : opium à la dose de 10 centigrammes pour les vingt-quatre heures. Glace sur le ventre. Diète lactée. Le soir, la température monte à 38°,2.

Le 19 juin, douleur presque nulle. Température normale.

Jusqu'au 21 juin, l'amélioration s'accentue. Ce jour-là, l'enfant va spontanément à la selle, très abondamment ; il était constipé depuis neuf jours. On supprime l'opium et la glace, mais le régime lacté est continué. La journée se passe bien ; l'enfant a une excellente nuit, et le 22 juin, la température du matin est de 36°,8.

Dans l'après-midi de ce même jour, la douleur reparaît brusquement et le thermomètre monte à 39°,6. La nuit est agitée ; le 23 juin, la température est encore de 39° ; facies fatigué ; langue recouverte d'un enduit suburral. Nausées ; pas de vomissements. Le pouls est à 90°. Le ventre est sensible à la pression, qui est très douloureuse dans la fosse iliaque droite ; celle-ci paraît un peu plus saillante que la veille et légèrement empâtée. Sonorité normale. Pas de ballonnement du ventre. On reprend l'usage de l'opium et de la glace. Le soir, température 39°,8.

Le 24 juin, même état ; température, 38°,6. Le malade n'a pas vomi ; le ventre n'est pas ballonné ; il n'y a pas eu de selle depuis le 21 juin, mais l'enfant rend des gaz. Pas de modification à l'état local.

L'intervention est décidée pour le lendemain si la situation ne s'améliore pas. La journée se passe assez bien, mais le soir le thermomètre atteint 40°,6.

Le 25 juin, on m'apprend que l'enfant a pu dormir ; il souffre beaucoup moins, et le thermomètre est tombé à 38°,2. La palpation de la fosse iliaque permet de reconnaître, comme au début, une petite masse indurée entre l'ombilic et l'épine iliaque. En dehors d'elle, le cæcum

est souple et sonore. L'amélioration s'accentue rapidement et, le soir, la température n'est plus que de 37°,6. On continue l'opium et la glace.

Le 26 juin, à 5 heures du matin, selles abondantes. A l'heure de la visite, la température est de 37°. Les douleurs spontanées sont nulles ; l'exploration de la fosse iliaque est facile et ne réveille qu'une légère douleur au niveau de la zone indurée. Du 27 juin au 5 juillet, l'enfant paraît guéri ; l'opium et la glace sont supprimés le 29 juin.

Le 2 juillet, on permet le régime ordinaire. Depuis le 26 juin, il va régulièrement à la selle tous les deux jours.

Le 5 juillet, dans la soirée, en allant à la selle, l'enfant ressent une vive douleur, et le thermomètre qui, le matin, était à 36°,8, monte brusquement à 38°,6. On revient aussitôt à l'opium et à la glace. La nuit est sans sommeil, et le 6 juillet, au matin, la température est de 38°,8. Le ventre est un peu douloureux spontanément et à la pression dans la fosse iliaque. Le soir, la température est à 38°,4.

Le 7 juillet, la nuit a été calme ; température, 37°,6 ; les douleurs spontanées ont disparu ; la pression réveille encore une légère sensibilité au niveau de la zone indurée qui existe encore.

A partir de ce moment, l'enfant n'a plus présenté le moindre accident. L'opium et la glace furent supprimés le 10 juillet. L'enfant se leva le 17 juillet et quitta l'hôpital le 8 août. Depuis le 10 juillet, la palpation la plus minutieuse ne révélait pas la moindre induration dans la région de l'appendice. Au 15 septembre, l'enfant continuait à se bien porter. Il était convenu avec les parents qu'à la moindre alerte on le conduirait aussitôt à l'hôpital. Je n'en ai plus entendu parler.

Cette observation est un type d'appendicite ; brusquerie du début, localisation de la douleur et de l'induration au niveau de l'appendice. Le cæcum et le côlon semblent être restés tout à fait indemnes. Après la troisième crise qui a été fort peu de chose, la maladie s'est terminée ; le palper le plus minutieux, profondément exercé, n'a pu parvenir à en découvrir le moindre vestige.

Obs. II. — *Pérityphlite par inflammation du cæcum et de l'appendice. Traitement par l'opium et les applications de glace. Guérison.*

Van den B..., 12 ans, santé excellente ; n'a jamais souffert du ventre, va régulièrement à la selle tous les jours. Travaille depuis deux ans dans une verrerie.

Le lundi 13 juillet 1891, après le déjeuner de midi, composé de soupe et de pommes de terre, il va se coucher sur l'herbe et dort pendant une heure. A son réveil il souffre de la tête et de la gorge. Rentré chez ses parents il va abondamment à la selle et se couche, souffrant toujours; il dort mal.

Le lendemain, on le purge énergiquement ; dix à douze selles dans journée. Avant d'être purgé il avait eu, dans la matinée, plusieurs vomissements bilieux, qui s'étaient reproduits dans l'après-midi.

Le 15 juillet, l'enfant se trouvant très bien va se promener avec sa mère. On le purge encore le 16 ; il retourne à son travail le 20 juillet et ne l'interrompt pas jusqu'au 24. Ce jour-là, vers midi, il est repris de céphalée, de mal à la gorge ; il est obligé de rentrer chez lui ; et il vomit à plusieurs reprises dans l'après-midi. Trois selles diarrhéiques dans la soirée. La nuit est très mauvaise ; vomissements incessants.

Le 25 juillet, vers midi, le ventre, qui jusque-là était resté absolument indolore, devient le siège de douleurs vives qui se localisent bientôt sous forme de forts élancements dans la fosse iliaque droite. Fièvre et frissons. Cet état se continue jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, n° 34, dans l'après-midi du 30 juillet.

Je l'examinai le 31 juillet, au matin. Douleurs spontanées très vives dans la fosse iliaque droite, qui est légèrement tuméfiée ; ces douleurs sont exaspérées par le plus léger mouvement et par la moindre pression. L'abdomen n'est pas ballonné. On sent dans la région cæcale une plaque dure avec empâtement ; par la percussion on limite une zone de submatité superficielle irrégulièrement ovoïde s'étendant de la partie moyenne de l'arcade crurale jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque, et occupant dans le sens transversal, les deux tiers de l'espace qui sépare l'épine iliaque de l'ombilic. En percutant un peu profondément dans toute cette zone on perçoit une sonorité évidente.

L'état général n'est pas mauvais ; tous les appareils, poumons, cœur, organes urinaires, fonctionnent normalement.

Du côté de l'appareil digestif : inappétence absolue ; langue saburrale, un peu sèche. Les garde-robes manquent depuis sept jours ; cependant émission de gaz par l'anus. Pas de vomissements depuis le 25 juillet. Température 38°,5.

Je diagnostiquai une pérityphlite d'origine cæcale, et, malgré la constipation, je soumis l'enfant au traitement par l'opium (10 centigrammes en 24 heures). Glace en permanence sur le ventre. Lait comme alimentation. Le soir, température 39°.

1er *août.* Température 38°,2. Persistance des douleurs. Pas de vomissements. Le soir, température 38°7. Vers 10 heures, selle spontanée, demi-liquide, copieuse ; un examen attentif n'y découvre ni sang ni pus.

2 *août.* La nuit a été calme, la température est tombée à 37°5 ; l'enfant se sent bien ; la région cæcale est beaucoup moins douloureuse ; l'étendue de la surface indurée a diminué.

3 *août.* Température normale. Deux selles abondantes ; l'enfant a dormi et demande à manger ; on le tient au régime lacté. La région cæcale est devenue souple, excepté en un point correspondant à la partie moyenne de la zone spinoso-ombilicale ; là, on trouve encore de la submatité, et une induration profonde, vaguement arrondie, encore douloureuse à la pression ; ce qui fait admettre qu'une appendicite a coexisté avec la typhlite proprement dite.

8 *août.* L'induration douloureuse a complètement disparu. État gé-

néral excellent. Suppression de la glace et de l'opium. On permet à l'enfant de manger.

Le 9 août, l'enfant se dit complètement guéri. Il se lève le 10 août, et quitte l'hôpital le 16 août pour aller passer un mois de convalescence à Laroche : il en revient le 15 septembre et retourne chez ses parents. Ces derniers, fort intelligents, ont été mis au courant de la maladie de leur fils et ont promis de le ramener à la plus légère indisposition ; nous ne l'avons pas revu depuis cette époque [1].

Il s'est agi ici d'une typhlite survenant après 10 jours d'embarras gastrique fébrile ; le commencement du côlon ascendant et l'appendice paraissent avoir participé à l'inflammation du cæcum. L'induration de l'appendice a disparu en dernier lieu, mais, au moment de la sortie de l'enfant, on n'en trouvait plus trace.

Obs. III. — *Péricolite et pérityphlite, terminée par résolution.*

Mélanie F..., forte fille de 13 ans et demi, n'ayant jamais été malade fut prise le 31 octobre 1891, sans indigestion ni repas exagéré, à la suite du port d'un seau d'eau, d'une vive douleur dans le ventre, à droite. Constipation, miction difficile. Un médecin fait appliquer un vésicatoire sur la fosse iliaque. Les jours suivants, vives douleurs en avant et dans la région lombaire, revenant par accès toutes les demi-heures. Fièvre vive, sans frisson. Pas de vomissements.

Le 6 novembre, l'enfant est admise à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès, lit n° 4. Elle est abattue, fébrile (38°,5), mais répond aux questions ; la langue est dépouillée, blanche par endroits ; lèvres sèches. Pas de vomissements. Constipation qui cède à l'emploi de lavements.

La fosse iliaque droite est un peu tendue, mais surtout la fosse lombaire qui est dure, très sensible à la pression ; sans fluctuation ni en avant ni en arrière, sans rougeur de la peau.

La cuisse droite ne peut être entièrement étendue. Les urines sont colorées, elles ne renferment pas d'albumine.

M. Lannelongue soupçonne un abcès en voie de formation, en arrière du cæcum ou du côlon ascendant, abcès laissant libre la cavité péritonéale, qui n'offre aucune réaction inflammatoire.

Traitement : lavement quotidien, diète lactée, immobilisation.

Les jours suivants l'état local reste à peu près le même, mais la température qui le soir du 6 novembre était à 39°,3, décroît graduellement et arrive à 37°,2 le 12 novembre.

Le 11 novembre, je pris le service et je pus examiner la malade. (Les renseignements qui précèdent ont été recueillis par M. Bezançon, interne du service.) Voici ce que je pus constater :

La fosse iliaque était libre, souple, sans douleur à la pression.

[1] L'enfant a été revu le 18 mars. Il n'a pas eu la plus légère crise depuis le mois de septembre.

Entre la crête iliaque et les dernières côtes, sur la région du côlon ascendant existait une plaque d'induration avec submatité superficielle et sonorité profonde. Le reste de l'abdomen était absolument normal. Les phénomènes douloureux étaient très atténués ; c'est à peine si la pression éveillait une légère sensibilité au niveau de la zone indurée. Il ne pouvait s'agir que d'une colite avec péricolite.

Le 16 novembre, l'induration avait à peu près complètement disparu ; l'état général était excellent. On reprit une alimentation ordinaire.

L'enfant fut gardée en observation quelques jours encore, et le 1er décembre elle retourna chez ses parents, ne présentant plus au palper la moindre induration. On a eu de ses nouvelles depuis cette époque ; elle continue à jouir d'une excellente santé.

Dans ce cas, l'appendice paraît bien ne pas avoir été en cause, malgré l'acuïté du début ; le côlon ascendant et le cæcum, peut-être même le côlon seul, ont été le siège des phénomènes inflammatoires.

Obs. IV. — *Pérityphlite. Traitement par l'opium et les applications de glace. Guérison.*

Marcel T..., âgé de 10 ans, entre le 7 janvier 1892 à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, lit n° 9. Les parents nous apprennent que le 25 décembre 1891 l'enfant, très bien portant jusqu'alors, fut pris de diarrhée et en même temps de douleurs vives s'irradiant dans la moitié droite de l'abdomen.

Le 27 décembre, la diarrhée fait place à de la constipation ; on lui donne un lavement tous les jours. Fièvre, douleurs vives, insomnie, pas de vomissements. Cet état persiste jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'hôpital.

Le 7 janvier, je constate un empâtement occupant toute la fosse iliaque droite et remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Il existe de la submatité superficielle dans toute cette zone ; la palpation y est excessivement douloureuse. Le reste de l'abdomen est un peu gros, mais cependant souple et nullement douloureux. Le faciès est bon. Pas de fièvre (37°,5).

Diagnostic pérityphlite, sans qu'il soit possible de préciser si le point de départ initial a été dans le cæcum ou dans l'appendice. L'enfant est soumis au traitement par l'opium (10 centigrammes) et à l'application de glace sur l'abdomen. Diète lactée.

Le 8 janvier, température 37°. La sensibilité de la région iliaque a notablement diminué.

Le 9 janvier, température 36°,7 le matin, 37° le soir.

Le 12 janvier, garde-robe spontanée. L'induration cæcale a presque complètement disparu. L'enfant demande à manger. Suppression de l'opium et de la glace.

Le 19 janvier, toute induration et toute sensibilité de la région cæcale ont disparu. L'enfant est repris par ses parents.

Ici encore le début a été franchement aigu et cependant il est difficile d'incriminer l'appendice.

Obs. V. — *Appendicite; traitement par l'opium et ~~la glace~~ la chaleur; terminaison rapide de la crise, mais persistance d'une induration appendiculaire.*

Marguerite Le D..., âgée de 8 ans, m'est adressée le 9 février 1892, par mon ami le docteur Mazier de Savigny-sur-Orge; elle est admise à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès, n° 5.

L'enfant a été prise brusquement, le 31 mars, au milieu de la nuit, de violentes coliques et s'accompagnant de vomissements. Diarrhée, au début, puis, selles très irrégulières. Le 8 février, dans la journée, quatre ou cinq vomissements.

Le jour de l'entrée à l'hôpital, l'état général est bon, les douleurs spontanées peu vives; pas de fièvre (37°,8), langue blanche.

L'abdomen est un peu ballonné; indolence, sauf dans la fosse iliaque droite, où l'on sent une induration large comme la paume de la main.

Par la percussion, on limite une zone de submatité s'étendant, en hauteur, de l'arcade crurale jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque, et en largeur, jusqu'au milieu de la ligne qui unit l'épine iliaque à l'ombilic. La douleur à la pression est très vive sur toute cette zone.

Traitement : 5 centigrammes d'extrait thébaïque ; diète lactée. Compresses humides, chaudes, sur la région douloureuse.

Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration s'accentue rapidement; l'enfant est tranquille, le sommeil bon.

Le 12 février, l'opium est supprimé.

Le 15 février, l'enfant n'ayant pas été à la selle depuis sept jours, et le météorisme paraissant augmenter, on administre un lavement qui produit trois selles abondantes.

Le 16 février, la souplesse du ventre est normale ; la plaque d'induration a notablement diminué d'étendue, et par le palper qui n'est presque plus douloureux, on sent, profondément une masse ovoïde du volume d'un œuf de pigeon qui paraît être l'appendice; cette masse siège exactement au milieu de la ligne spinoso-ombilicale.

Les jours suivants, l'enfant se trouve tout à fait bien, elle va assez régulièrement à la selle, spontanément. Le 23 et le 26 février, on doit encore lui donner des lavements. A partir du 26, tout est rentré dans l'ordre; l'enfant se lève tous les jours.

Il y a deux jours, le 5 mars, j'ai soigneusement palpé sa fosse iliaque; il persiste encore une induration arrondie qui a certainement diminué de moitié depuis le 16 février; elle est tout à fait insensible à la pression. Je ne crois pas qu'on puisse attribuer ce noyau induré à autre chose qu'à la présence en ce point (milieu de la ligne spinoso-ombilicale) de l'appendice iléo-cæcal ; d'autant

que, en dehors de ce noyau, le cæcum est souple, sonore, et gargouille sous les doigts.

En somme, l'inflammation de l'appendice ne peut guère être mise en doute dans ce cas ; le cæcum et la partie inférieure du côlon se sont pris, eux aussi, mais, comme il arrive presque toujours en pareil cas, la résolution a commencé par eux. L'appendice est encore un peu induré ; peut-être renferme-t-il quelque corps étranger ; s'il en est ainsi, une nouvelle crise ne se fera sans doute pas attendre. Il sera alors temps d'intervenir [1].

Obs. VI. — *Appendicite ; deux poussées successives ; participation du cæcum et de la partie inférieure du côlon ; traitement par l'opium et la glace ; guérison.*

Charles L..., 10 ans et demi, entré à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, n° 14, le 23 février 1892. Enfant vigoureux, jouissant d'une santé parfaite.

Le 17 février, étant en classe, il est pris tout à coup d'une douleur extrêmement vive siégeant dans la fosse iliaque droite ; en même temps, il ressent de fortes coliques et il a plusieurs évacuations diarrhéiques. Rentré chez lui, il se couche, et dort d'un sommeil assez tranquille.

Le 18 février, souffrant toujours, il garde le lit ; plusieurs selles diarrhéiques ; il vomit, à deux reprises, le lait qu'on lui a fait prendre. La douleur devient plus sourde et se localise mieux dans la fosse iliaque droite, en dedans de l'épine iliaque.

Le 19 février, même état ; huile de ricin qui amène plusieurs évacuations. Plus de vomissements.

Du 19 au 23 février, il reste couché ; la douleur iliaque persiste, s'accompagnant de fièvre et de constipation.

Le 23 février, il entre à l'hôpital. L'état général est satisfaisant ; fièvre légère (38°), langue propre, appétit conservé.

L'état local est le suivant : Au niveau de la fosse iliaque droite, légère sensibilité spontanée ; douleur peu intense à la pression. Par le palper, on délimite une induration en plaque vaguement triangulaire à sommet dirigé en bas ; elle est bornée en dehors par une ligne partant du milieu de l'arcade de Fallope, suivant cette arcade et remontant à 2 centimètres au-dessus de l'épine iliaque ; en haut, par une ligne horizontale passant à 2 centimètres au-dessus de l'épine iliaque ; en dedans, par une ligne verticale passant le long du bord externe du muscle grand droit.

Sur cette plaque d'induration une percussion plus profonde donne de la sonorité.

Traitement : opium 5 centigrammes. Régime lacté. Le soir la température est de 38°,5.

[1] Le 23 mars l'induration avait complètement disparu.

Le 24 février, même état, le thermomètre ne dépasse pas 38°, matin et soir.

Le 25 février, à l'heure de la visite, l'enfant est très bien et se plaint de la faim ; la plaque d'induration n'a pas augmenté ; le thermomètre marque 37°,4.

Dans l'après-midi, sans cause appréciable, la douleur devient tout à coup plus vive, et à six heures du soir, le thermomètre marque 39°.

Le 26 février, après une nuit mauvaise, la température est de 39°,4 ; l'enfant se plaint de douleurs spontanées assez fortes ; la plaque d'induration s'est étendue, d'une part, jusqu'au rebord costal en suivant la direction du côlon ascendant, d'autre part, vers l'ombilic suivant la ligne spinoso-ombilicale. Matité à la percussion superficielle, dans toute l'étendue de l'empâtement ; sonorité hydro-aérique à la percussion profonde.

On applique de la glace en permanence, et la dose d'extrait thébaïque est portée de 5 à 12 centigrammes. Le soir, température 39°,7.

Le 27 février, la nuit a été calme. Défervescence manifeste ; la température n'est plus que de 38°. L'état local est resté le même. Le soir, température 38°.

Le 28 février, le mieux s'accentue. Température : le matin 37°,5 ; le soir 37°,8. Une selle abondante dans la journée.

Le 29 février, on trouve que la plaque indurée qui, déjà la veille, avait diminué d'étendue, a presque complètement disparu, elle n'est plus représentée que par une plaque grande comme une pièce de 5 francs, située à la partie moyenne de la ligne spinoso-ombilicale. Au niveau du cæcum et du côlon ascendant, la souplesse normale est revenue.

Le 29 février, l'enfant va très bien, on supprime l'opium et la glace, mais on le tient au régime lacté.

Le 2 mars, la plaque d'induration superficielle n'existe plus ; la palpation s'exerçant aisément à travers la paroi abdominale souple et très mince, permet de sentir profondément, au milieu de la ligne qui unit l'épine iliaque à l'ombilic une petite tumeur allongée, oblique de haut en bas, et du dehors en dedans et qui ne peut être autre chose que l'appendice induré.

Le 6 mars, l'appendice n'est plus perceptible ; la pression à son niveau n'éveille plus la moindre sensibilité. L'enfant très bien portant mange de bon appétit et va régulièrement à la garde-robe.

Cette observation ressemble beaucoup à l'observation V ; appendice, cæcum et côlon ont été pris ensemble ou successivement ; mais l'inflammation de l'appendice a été la plus lente à se dissiper ; elle paraît cependant avoir été complète dans ce dernier cas.

En somme, voilà six observations de *pérityphlite*, pour employer la dénomination généralement acceptée, parmi lesquelles, *deux* (obs. III et IV) se rapportent à des typhlites ou des colites

sans participation de l'appendice. Les quatre autres observations, se rapportent :

Une à une appendicite pure, l'observation I, dans laquelle le cæcum ne paraît pas avoir subi la moindre inflammation ; *trois*, à des appendicites (obs. II, V, VI), dans lesquelles, en même temps que l'inflammation de l'appendice, celle du cæcum et d'une partie du côlon ascendant a été manifeste.

Dans ces trois dernières observations, en particulier, à ne considérer que le mode du début et les signes locaux, les partisans de l'opération précoce n'auraient sans doute pas hésité à intervenir. Aurait-on trouvé du pus? C'est possible; je crois cependant, étant donnée la rapidité de la résolution (au moins pour les obs. II et VI), qu'on aurait excisé simplement des appendices un peu tuméfiés et enflammés, et je continue à penser, jusqu'à preuve du contraire, qu'il faut, en pareil cas, soumettre les malades à un traitement par l'opium à haute dose, par les applications de glace, par une diète lactée sévère et par l'immobilisation absolue. Ce traitement convient aussi bien aux typhlites pures qu'aux appendicites; on doit l'appliquer avec la même rigueur aussi bien dans les cas les plus légers en apparence que dans les cas les plus sérieux.

Quant aux purgatifs, je les proscris absolument, au moins au début de toute crise de typhlite ou d'appendicite; plus tard, après cinq ou six jours de traitement par l'opium, lorsque la crise est à peu près finie, ils ne risquent plus de hâter la perforation, et ils ont une action salutaire en débarrassant l'intestin. Toutefois, le plus souvent, malgré l'opium, la débâcle se fait spontanément ; elle marque la fin de la crise.

Quant à l'indication d'opérer, je la considère, somme toute, comme assez facile à trouver. Lorsque, malgré le traitement que je viens d'indiquer, l'état local est stationnaire ou s'aggrave, avec persistance de la douleur, avec température restant élevée, ou remontant, après une défervescence d'un jour ou deux ; lorsque l'état général s'altère, je crois qu'il faut intervenir ; et céla, au bout d'un laps de temps qui me semble pouvoir varier de trois à sept ou huit jours, suivant le cas. Il y a là une question de clinique qu'il ne me paraît pas possible de ramener à une formule concrète.

Je laisse, bien entendu, en dehors de la discussion l'appendicite à rechute pour laquelle nous sommes tous d'accord.

Voici maintenant trois observations de pérityphlites dans lesquelles je suis intervenu; vous verrez que, sauf pour un cas, l'indication était bien nette.

OBS. VII. — *Pérityphlite suppurée; incision; perforation cæcale; Fistule stercorale persistant neuf semaines; guérison.*

Eliza B..., 10 ans, jouit d'une bonne santé habituelle ; cependant très grosse mangeuse elle a fréquemment des indigestions et des vomissements.

Le 30 juillet 1891, à la suite d'une indigestion, elle est prise de douleurs dans le ventre avec vomissements qui durent deux ou trois jours; elle est constipée et ne va à la selle qu'à l'aide de lavements. L'enfant entre à la salle Triboulet et n'y séjourne que trois jours. Elle reste malade chez elle pendant trois semaines, et n'est ramenée à l'hôpital Trousseau que le 4 septembre; elle est admise salle Bouvier où mon ami Hipp. Martin me prie de venir l'examiner le 5 septembre. L'enfant a bon aspect, le ventre n'est pas ballonné, la température n'est que de 37°. Dans la région du cæcum et du côlon ascendant existe une large plaque indurée sonore à la percussion, douloureuse à la pression. Nous sommes d'accord M. Martin et moi, pour porter le diagnostic de typhlite et nous décidons de temporiser.

Du 10 au 14 septembre la température se maintient entre 37° le matin et 38° le soir.

Le 13 septembre, dans la soirée, elle remonte à 39°; la douleur, qui s'était considérablement atténuée reparaît plus intense.

Les 15, 16, 17 septembre, le thermomètre se maintient à 38 et 39°.

Je revois la malade le 18 septembre : aspect fatigué, léger ballonnement du ventre, soulèvement de la région iliaque où la percussion révèle une sonorité exagérée; immédiatement au-dessus de l'arcade, on sent une fluctuation profonde; pas d'œdème ni de rougeur des téguments. L'enfant passe dans le service de chirurgie, salle Giraldès, lit 29.

Le 19 septembre, incision de 10 centimètres à un travers de doigt en avant de l'épine iliaque. Les couches profondes sont œdématiées ; à l'ouverture du péritoine, il s'écoule un demi-verre de pus infect, mélangé à des gaz et à des débris demi-solides de matières fécales. La cavité de l'abcès est en dessous et en arrière du cæcum; elle est régulière; je ne trouve rien qui ressemble à l'appendice; par contre mon doigt reconnaît à la face postérieure du cæcum une perforation de un demi-centimètre environ de diamètre. Lavage boriqué. Drainage; pansement au salol; pas de suture.

Le 20 septembre, le thermomètre était à 37°; et depuis ce moment l'enfant n'a plus la plus la plus légère élévation de température. L'état général s'améliore rapidement. Jusqu'au 1er octobre écoulement assez abondant de matières. Pansement quotidien.

Le 25 octobre l'enfant quitte l'hôpital, et revient se faire panser tous les trois jours; l'écoulement fourni par la fistule diminue de plus en plus, et le 20 novembre la cicatrisation est complète.

L'enfant revient me voir le 30 janvier 1892; l'état général est excellent; la cicatrice est solide, il n'y a pas la moindre tendance à l'éventration.

OBS. VIII. — *Pérityphlite et péricolite suppurée; prolongement dans le thorax en arrière du feuillet pariétal de la plèvre; pneumonie septique; incision; drainage; guérison avec fistule stercorale intermittente.*

Léon D..., âgé de 12 ans, entre le 16 décembre 1891 à l'hôpital Trousseau, salle Lugol, lit n° 33, service de M. Sevestre. Voici les renseignements qui m'ont été fournis par M. Gastou, interne du service, sur l'examen du malade, le lendemain de son entrée. L'enfant est malade depuis une quinzaine de jours; il a ressenti dans le côté droit une douleur qui l'a obligé à s'aliter. Pas de diarrhée.

Au niveau de la fosse iliaque droite, à partir du pli de l'aine et remontant jusqu'au rebord des dernières côtes, s'étendant en arrière jusqu'à la colonne vertébrale existe une zone de matité perçue à l'aide d'une percussion légère; profondément on perçoit la sonorité tympanique qui existe dans toute l'étendue de l'abdomen. Au niveau de la fosse iliaque droite on a une sensation de fluctuation; cette sensation est des plus nettes à la partie postérieure, dans l'espace situé entre les côtes et la crête iliaque. Cette région est, du reste, envahie par une tuméfaction douloureuse, rénitente, qui remonte jusque vers la dixième côte. Un peu en arrière et au-dessus de l'épine iliaque on perçoit une sorte de crépitation. Une ponction pratiquée en ce point ne donne issue à aucun liquide; on pénètre dans l'intestin dont les gaz fournissent probablement cette sensation de crépitation.

Le foie, la rate, paraissent normaux; la matité précordiale est plus considérable qu'à l'état normal; léger souffle au premier temps à la pointe.

Du côté des poumons, respiration très rude, expiration soufflante; inspiration saccadée. Quelques frottements et quelques râles à la partie antérieure vers la région hépatique.

Matité à la percussion, en arrière vers la base. A l'auscultation, en arrière, vers le tiers moyen, broncho-égophonie. Souffle inspiratif et expiratif, avec un caractère aigre. Ce souffle s'entend dans une étendue de la largeur de la main. La respiration ne s'entend pas vers le tiers inférieur du poumon. Toux sèche, quinteuse, fréquente. Langue rouge sur les bords, blanche au centre. Diarrhée jaunâtre, abondante, peu fétide. Urines foncées; pas d'albumine. Pâleur très prononcée. Abattement.

Une ponction pratiquée avec la seringue de Pravaz dans la fosse iliaque ramène un liquide purulent; l'aiguille enfoncée dans le neuvième espace intercostal ramène également du pus.

Le 18 décembre l'enfant est toujours pâle et abattu; diarrhée; douleurs vives dans la fosse iliaque droite. En arrière de la poitrine, à droite, au niveau de l'angle de l'omoplate, matité, faiblesse de la respiration, souffle aigu et rude, broncho-égophonie, râles sous-crépitants très fins.

M. Sevestre me pria de venir examiner l'enfant; je constatai tous les signes énumérés plus haut, et je tombai d'accord avec lui qu'il s'a-

gissait d'une suppuration d'origine cæcale et colique. On pouvait se demander s'il n'y avait pas en même temps pleurésie purulente; me rappelant un cas de Salzwedel communiqué en janvier 1891, à la Société de médecine interne de Berlin, et dans lequel une pérityphlite suppurée s'était étendue jusque dans le thorax. Je penchai plutôt vers l'hypothèse que le pus retiré par la ponction du neuvième espace intercostal provenait d'un prolongement de la cavité purulente rétro-colique.

L'intervention était urgente; l'enfant fut transporté dans mon service et opéré séance tenante.

Après anesthésie au chloroforme, très prudemment conduite, à cause de la faiblesse du malade et des symptômes pulmonaires, je fis, en arrière, une longue incision lombaire et j'arrivai dans une vaste cavité purulente descendant jusque dans la fosse iliaque et remontant, en suivant la face antérieure du carré des lombes, jusque dans le thorax; le doigt atteignait facilement jusqu'au huitième espace intercostal; mais la plèvre n'était pas ouverte; le feuillet pariétal avait simplement été refoulé par le pus. Le pus était infect, mélangé de gaz, de débris stercoraux et de larges lambeaux du tissu cellulaire mortifié. Après un lavage abondant à l'eau boriquée très chaude, j'explorai soigneusement toute la face postérieure du côlon et du cæcum, sans pouvoir découvrir la perforation. Une contre-ouverture fut faite au-devant de l'épine iliaque; je plaçai un gros drain dans le prolongement thoracique, et un second dans la fosse iliaque. Pansement à l'iodoforme. L'enfant se réveille bien, et la journée se passe sans incident; la température, qui avant l'opération était de 40°, atteignit le soir 39°,8.

Le 19 décembre, température 38°8; aspect satisfaisant. Le pansement, souillé de pus et de liquides intestinaux, est renouvelé.

Le 20 décembre, l'amélioration continue.

Le 21 décembre, l'état local restant satisfaisant, la température remonte à 39°5, et l'enfant a du délire nocturne, il défait son pansement. L'écoulement des matières intestinales est toujours très abondant.

Du 21 décembre au 1er janvier 1892, le pansement étant renouvelé tous les jours, l'enfant continue à présenter du délire nocturne et des températures élevées, bien que l'état de son poumon se soit considérablement amélioré et que l'état local suive une marche très satisfaisante. On songe alors à l'intoxication iodoformique, et l'enfant est pansé au salol. Dès le lendemain, le thermomètre avait baissé de deux degrés et le délire avait disparu; pendant une semaine il dépassa encore 38° le soir; mais à partir du 9 janvier la température resta normale. En même temps l'état général s'améliora rapidement; l'enfant se mit à manger avec appétit.

L'écoulement des matières diminua progressivement; le 26 janvier, elles ne souillaient plus le pansement.

Le 30 janvier, elles reparaissaient pour disparaître de nouveau pendant quatre ou cinq jours. Depuis cette époque, on trouve encore de temps en temps le pansement souillé, mais les matières sont en très petite quantité, et tout porte à croire que d'ici à peu de temps la fistule stercorale sera entièrement tarie.

L'examen bactériologique du pus de la fosse iliaque et du prolongement thoracique a été fait par M. Gastou. Les cultures faites sur agar ont donné des cultures *pures* de bacterium coli commune.

Obs. IX. — *Péricolite suppurée; ouverture d'un abcès situé en avant de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse; intégrité du cæcum et de l'appendice; guérison.*

Raymond Ch..., neuf ans, d'une bonne santé habituelle, entre, le 13 février 1892, salle Denonvilliers, lit 9. Vers la fin de janvier, l'enfant a été pris de coliques qui avaient leur maximum dans la région ombilicale et l'épigastre. Constipation. L'enfant n'en continue pas moins à aller à l'école et à manger comme d'habitude.

Le 10 février, pendant des exercices gymnastiques, l'enfant a ressenti une douleur vive dans le flanc droit et dans la partie supérieure de la fosse iliaque correspondante. Il s'est alité et a été aussitôt purgé avec de l'eau de Sedlitz qui lui a donné des vomissements, lesquels ont persisté le lendemain et sont devenus bilieux. Une seule selle peu abondante à la suite du purgatif.

A l'entrée à l'hôpital, le 13 février, le ventre est tendu; les muscles sont contracturés, mais il n'y a pas de ballonnement. Au palper, indolence, sauf dans la région du cæcum et du côlon ascendant; c'est d'ailleurs là, indique l'enfant, qu'est la douleur spontanée et qu'elle a toujours existé. A la vue, on constate à la partie antérieure de l'espace costo-iliaque un léger soulèvement qui se termine en bas, un peu au-dessus de la crête iliaque, par un rebord arrondi. Dans cette région on sent une tuméfaction douloureuse, cylindre à axe vertical formé par le cæcum et le côlon. Cette tuméfaction se prolonge en haut sous le rebord costal. Sonorité à la percussion.

Étant donné le siège du gonflement et de la douleur, il ne paraît pas que l'appendice soit en cause, et on porte le diagnostic de typhlite avec colite.

L'état général est bon, le pouls ample, le facies non péritonitique. Pas de vomissements. Pas de selle depuis le 10 février. Température 39°. Traitement : glace sur le ventre, 10 centigrammes d'extrait thébaïque.

Le 14 février, la température est à 38° le matin et à 38°,8 le soir. L'enfant se sent mieux.

Le 15 février, l'amélioration continue; cependant, le soir, le thermomètre dépasse 39°.

Le 16 février, la douleur locale est plus vive, surtout sous le rebord costal; le facies est terreux, les yeux excavés. Pas de ballonnement, ni aucun symptôme de péritonite. Le soir, la température est à 39°,6.

Le 17 février, la douleur locale a encore augmenté, l'état général reste mauvais ; je me décide à intervenir.

Opération. — Chloroforme. Longue incision partant du sommet de la dernière côte et descendant jusqu'à la fosse iliaque, en passant audevant de l'épine iliaque. Après section des plans musculaires, je

trouve la paroi latérale du côlon et du cæcum adhérente au péritoine, qui est facilement décollé, avec le doigt jusque sur la face antérieure. Je ne trouve pas de pus; je décolle alors la face postérieure sans plus de succès. Me reportant vers la fosse iliaque, je contourne le fond du cæcum, me dirigeant vers l'appendice; mais m'apercevant que les lésions inflammatoires vont en diminuant, je m'arrête bientôt. Me souvenant alors que le maximum de douleur a toujours été au-dessous des fausses côtes, je ponctionne avec l'aiguille de Pravaz, au-devant de l'angle du côlon ascendant, dans une masse d'adhérences, et j'ai la satisfaction d'amener du pus. Ouverture large avec la sonde cannelée et le doigt; il s'échappe un verre à bordeaux de pus odorant, mais sans mélange de gaz ni de matières. La cavité, à parois lisses, est située au-devant de l'angle du côlon et se prolonge en dedans, sur la paroi antérieure du côlon transverse dans l'étendue de 8 centimètres environ. On n'y voit pas de perforation. Lavage à l'eau boriquée. Introduction d'un drain entouré de gaze salolée. Un second tube est placé en bas dans la fosse iliaque. Suture des deux tiers inférieurs de la plaie par deux plans de suture. Pansement au salol.

Suites. — Le soir, l'enfant est un peu affaissé, mais le pouls est bon. Température : 38°,4.

Le 18 février, l'enfant est bien; une selle pendant la nuit. Température : 38°,5.

Pansement. Écoulement purulent minime. Le soir, température : 38°,2.

Le 19 février, l'enfant est encore allé spontanément à la garde-robe; l'amélioration continue. Température : le matin, 38°,4; le soir, 37°,5.

Le 20 février, pansement. Écoulement purulent noirâtre d'odeur fécaloïde, mais pas de matières proprement dites. État général très bon.

Jusqu'au 29 février, l'écoulement du liquide fécaloïde continue.

Le 2 mars, il n'y a plus que quelques gouttes de pus dans le pansement; ablation des deux drains.

Dans ces trois cas, je le répète, l'indication d'opérer a été tirée de l'examen de l'état local et de l'état général : persistance des phénomènes douloureux et de l'induration en plaque, malgré le traitement par l'opium; état général s'altérant au lieu de s'améliorer.

Il ne faut pas compter sur la fluctuation qui, le plus souvent, n'est pas perceptible; on doit même dire qu'il ne faut pas la chercher, car cette recherche est très dangereuse, c'est un symptôme infidèle, en effet, ainsi que j'ai pu le constater, notamment dans mon observation IX, le cæcum et le côlon distendus peuvent donner très nettement la sensation de fluctuation.

M. Schmit (de Versailles), membre correspondant. — M. Reclus, dans le rapport qu'il vous a lu à une des précédentes séances, vous a dit, après Roux (de Lausanne), qu'il était prudent de faire

des réserves sur les guérisons momentanées d'appendicite par le traitement médical, et que ces réserves étaient surtout légitimes lorsqu'il s'agissait d'accepter les chiffres publiés dans les statistiques à l'actif de ce traitement.

Je veux précisément appuyer toutes ces réserves en vous rapportant deux cas intéressants d'appendicite qui prouveront une fois de plus que les guérisons de cette affection par le traitement médical sont souvent, non seulement plus apparentes que réelles, mais peut-être dangereuses en raison de la sécurité trompeuse qu'elles peuvent donner pour l'avenir.

Voici en peu de mots l'histoire de ces deux malades.

Au mois de mai 1891, j'étais appelé à voir en consultation, avec un de mes confrères de Versailles, un garçon de 13 ans environ, d'une bonne constitution, sans antécédents héréditaires ou diathésiques, et présentant des accidents d'appendicite. Depuis trois jours (c'est-à-dire depuis le lundi précédent, car c'était le vendredi à cinq heures du soir que je le voyais), il souffrait de douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite ; la pression à ce niveau était douloureuse ; on sentait de l'empâtement, il y avait de la constipation et des vomissements verdâtres avaient apparu depuis la veille, en même temps qu'un léger ballonnement du ventre. La température était de 39° le soir et de 38°,5 le matin depuis plusieurs jours.

L'entourage du malade nous apprit que dans les deux années qui avaient précédé, le malade avait déjà eu trois crises analogues qui avaient disparu par un traitement médical approprié.

Le diagnostic n'était pas douteux ; le traitement médical habituel (opium, glace, etc.), qui avait si bien réussi plusieurs fois déjà, fut conseillé, sans perdre de vue cependant l'intervention chirurgicale si les symptômes s'aggravaient.

Le lendemain samedi, l'état s'était légèrement amendé. Le dimanche, la température avait baissé encore, les vomissements avaient presque disparu, des selles avaient eu lieu, les douleurs iliaques diminuaient, tout semblait indiquer une amélioration considérable. Le lundi matin, à 10 heures, je rencontrai le médecin ordinaire, qui sortait de chez son malade, et il m'assurait que la température était devenue normale, que les vomissements et douleurs avaient disparu; en un mot, que tout était rentré dans l'ordre et que la chose était jugée.

A midi, j'étais appelé en toute hâte auprès de ce malade qui allait si bien à dix heures et dont l'état s'était subitement aggravé. A midi et demi, il était dans le collapsus complet et avant une heure il était mort. Je n'insiste pas sur la cause de cette

mort rapide, elle n'est que trop facile à trouver dans la péritonite par perforation. L'autopsie ne put être faite.

En juillet 1885, le docteur Linon, qui a bien voulu nous communiquer l'observation qui va suivre, reçut dans son service, à l'hôpital militaire de Toulouse, le nommé D..., soldat au 126e de ligne, présentant depuis quelques jours des symptômes nets d'appendicite : douleurs spontanées et très vives à la pression dans la fosse iliaque droite, empâtement de la région avec sensation de tumeur dans la fosse iliaque; constipation depuis quatre jours; fièvre assez intense : 39° le soir et 38° le matin, et facies grippé.

Le traitement médical habituel fut institué : le malade guérit assez rapidement et fut envoyé en convalescence dans sa famille. Sa convalescence terminée, il reprit du service au régiment.

En mars 1886, il rentre de nouveau à l'hôpital pour la même affection. Les symptômes sont moins accentués et moins inquiétants que lors de la première atteinte. Le même traitement médical est appliqué. Cette fois M. Linon crut devoir débuter par une application de 20 sangsues *loco dolenti.*

La résolution survient beaucoup plus rapidement, et le malade retourne en convalescence, après quoi il est perdu de vue pendant un certain temps, car le nommé D... devait être prochainement libéré du service. Deux ans après, M. Linon se trouvant par hasard en relation avec un membre de la famille de son ancien malade, apprend que celui-ci a succombé dans sa famille un mois après sa libération, à la suite d'une troisième récidive de son affection survenue quelques mois après la seconde.

Devant un fait aussi malheureux que le mien, devant la déception qu'elle nous a donnée, d'autant plus cruelle que rien ne la faisait prévoir; devant celui de notre collègue et ami le docteur Linon, que je viens de vous retracer rapidement; devant d'autres faits semblables à peu près et rapportés récemment par Lees et Dyson à la Société clinique de Londres, il est permis, ce me semble, de se demander si réellement le traitement médical dans l'appendicite ou la typhlite et la pérityphlite donne bien en réalité les résultats heureux que les statistiques de Guttmann, Hollander, Leyden, Renvers, Furbringer et Trastour ont annoncés, et s'il doit surtout constituer aujourd'hui le traitement de choix dans cette affection?

Mon malade et celui de Linon auraient pu certainement compter : le premier, avant sa 4e atteinte, comme un succès triple à l'actif du traitement médical, et le second, avant sa 3e, comme un succès double à l'actif de ce même traitement. Mais, en fait, le traitement médical a conduit dans ces deux cas à un désastre, car il a endormi dans une sécurité trompeuse dont le réveil a été terrible.

S'il a donné tant de guérisons statistiques, il faut bien dire que ces guérisons, si toutefois guérison il y a, ont été obtenues le plus souvent chez des malades à la première ou seconde crise d'appendicite, par conséquent dans les conditions les plus favorables pour la résolution.

Il ne faut pas oublier aussi que l'appendicite débute toujours par une phase médicale où le médecin seul est appelé à soigner, et après laquelle il perd souvent de vue son malade, qui plus tard à une nouvelle atteinte assombrira peut-être la statistique opératoire du chirurgien auquel alors seulement il aura demandé secours.

Pour le médecin, aussitôt la résolution assurée, la guérison est enregistrée ; voilà d'abord une cause d'erreur, car résolution, en fait d'appendicite ne veut pas dire guérison.

Mais ce n'est pas tout: les cas où le traitement médical et où le traitement chirurgical sont appliqués, ne sont nullement comparables ; d'un côté, tous les cas favorables, de l'autre à peu près tous les cas graves, par conséquent les résultats statistiques fournis par chacun d'eux ne peuvent servir à établir leur valeur respective.

Pour moi, je reste donc partisan de l'intervention, qui, à mon sens, constitue le traitement de choix dans la plupart des cas, parce qu'elle peut seule donner la sécurité dans le présent et dans l'avenir, et quand je songe au désastre dont j'ai été témoin, au moment où mon malade semblait guéri, et aux cas, comme ceux de Lees et Dyson, où les symptômes très légers ont été suivis de mort au deuxième et au troisième jour, j'avoue ne plus savoir distinguer ceux où le traitement médical trouve sa véritable indication et peut donner un succès réel.

M. Dieu. Dans la discussion qui a lieu en ce moment devant la Société, la question du traitement de l'appendicite commence à se dégager, et, à la suite des nombreuses observations rapportées, l'histoire de cette affection sera mieux connue des chirurgiens, et les indications opératoires mieux établies qu'autrefois.

Dans l'observation que je vais avoir l'honneur de vous rapporter, je désire montrer combien, dans certains cas, il est difficile de formuler le diagnostic des suppurations de la fosse iliaque, et je serai heureux si je puis éviter à d'autres de tomber dans l'erreur que j'ai commise.

Un réserviste du 11e régiment d'artillerie, âgé de 28 ans, habitant Paris, et cordonnier de son état, arrivait à Versailles dans les premiers jours de février dernier, pour accomplir sa période d'instruction.

Après quelques jours de manœuvres, il entra, le 14 février,

à l'hôpital militaire de Versailles, dans un service de fiévreux, avec le diagnostic : typhlite ancienne. Sans antécédents héréditaires, cet homme accusait une fièvre typhoïde qui avait évolué en novembre 1889 d'une façon normale, et sans laisser de traces.

Au mois d'août de l'an dernier 1891, il fut pris de constipation avec douleurs dans la fosse iliaque droite et tuméfaction profonde; fièvre, perte d'appétit ; pas de vomissements; douleurs vives dans la cuisse et le genou droits. Un médecin appelé lui donna des purgatifs qui entraînèrent une débâcle, et plaça successivement deux vésicatoires sur l'hypochondre droit. Après quinze à vingt jours, le malade, parfaitement rétabli, reprit sa profession et arriva au régiment en parfaite santé.

A son entrée à l'hôpital, le malade avait 39°, 2 de température, de la constipation, de la perte d'appétit, une douleur de la fosse iliaque droite avec irradiation très douloureuse dans la cuisse, mais surtout dans le genou ; en outre, on constatait un empâtement profond de la région iliaque, s'accompagnant de gargouillements dans l'intestin.

Sous l'influence de purgatifs, la constipation céda, mais la température augmenta les jours suivants.

Je fus appelé en consultation quelques jours après son entrée ; je constatai les symptômes énumérés ci-dessus ; de plus, la cuisse droite était en flexion légère et en abduction. Après m'être assuré de l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale, je posai le diagnostic de pérityphlite récidivée, avec léger degré de psoïtis. Il fut convenu que si la tuméfaction augmentait, je serais consulté de nouveau.

Les jours suivants, la température, qui avait été de 39°,2 au début, oscilla entre 37°,5 le matin et 38°,9 le soir ; mais la tumeur de la fosse iliaque ayant pris un grand accroissement, je fus mandé le 25 février près du malade, et je constatai l'état suivant : facies amaigri, non péritonéal, remarquablement pâle ; pouls faible, régulier avec rapidité anormale ; pas de vomissements depuis son entrée; selles régulières ; perte d'appétit.

Le malade est couché sur le flanc droit, la cuisse en abduction légèrement fléchie sur le bassin; douleurs dans le genou. Tout le flanc et l'hypochondre droits sont occupés par une tumeur allongée s'étendant depuis l'arcade de Fallope jusqu'au bord interne du grand droit, et remontant à 2 ou 3 travers de doigt du rebord des fausses côtes ; la région postérieure de l'hypocondre est remplie par la tumeur ; celle-ci a une surface lisse, uniforme, une consistance dure, et présente une matité absolue sur toute son étendue.

La fluctuation cherchée avec le plus grand soin n'est pas consta-

tée ; mais on perçoit un certain degré de rénitence en plaçant une main sous la région lombaire, l'autre étant appliquée sur la paroi abdominale. Au palper superficiel, la tumeur est peu sensible, elle devient douloureuse quand on cherche à la déprimer ; intégrité de la colonne vertébrale et de l'articulation coxo-fémorale. Le toucher rectal ne donne aucune indication. Quant à l'attitude vicieuse, elle est facile à réduire ; sans grande douleur on obtient l'extension du membre, et si elle s'accompagne d'un peu d'ensellure, l'énorme tuméfaction qui remplit la fosse iliaque suffit bien à l'expliquer. Malgré le mouvement fébrile relativement peu marqué, malgré le manque de frisson, et malgré l'absence de fluctuation (signe qui peut manquer dans les suppurations de la fosse iliaque), nous n'hésitons pas à poser le diagnostic : phlegmon iliaque, englobant peut-être le psoas, et dépendant d'une inflammation péricæcale récidivée.

Aucune hésitation n'était permise sur les indications à remplir, et le malade passa dans mon service de chirurgie.

Le 26 février, après un nouvel examen, le malade fut endormi et je pratiquai une large incision suivant la ligne de recherche de l'iliaque. Les divers plans de la paroi successivement incisés jusqu'au fascia, je plongeai un trocart au centre de la tumeur; un flot de sang brun noirâtre, analogue au liquide des hémarthroses, jaillit de la canule ; il s'en écoula un verre environ. Le trocart fut retiré, la poche fut largement ouverte au bistouri. Une masse énorme de caillots sanguins bruns et coagulés remplissait toute la fosse iliaque. La collection était constituée exclusivement par du sang et ce magma n'exhalait aucune odeur de fétidité.

Il ne pouvait plus être question de phlegmon iliaque ni de typhlite; mais le diagnostic n'en était pas plus facile. La cavité, vidée de ses caillots à l'aide des doigts et de la curette, fut lavée largement à l'eau phéniquée tiède. Pensant avoir affaire à une tumeur de mauvaise nature qui pût servir de point de départ à l'hémorragie, j'explorai cette vaste cavité à l'aide du doigt ; je cherchai inutilement le rein, et cependant, grâce à la large incision qui remontait près des fausses côtes, une tumeur volumineuse de cet organe n'aurait pu m'échapper ; partout j'étais dans le vide ; je ne sentais pas les vaisseaux iliaques, et au surplus on ne voyait aucun jet artériel. Tout le sang paraissait d'origine veineuse, car il n'avait pas la couleur du sang artériel. Le péritoine était refoulé ainsi que les intestins.

Après avoir bien séché à plusieurs reprises la cavité à l'aide d'éponges aseptiques, je remarquai chaque fois que le sang s'écoulait lentement toujours noir, veineux, sans qu'il fût possible de lui assigner une origine. Je tamponne alors cette vaste cavité avec

de longues mèches de gaze iodoformée, en exerçant une assez forte compression. Je lie les vaisseaux de la paroi, qui avaient été pincés à la surface de l'incision, et ce n'est qu'après avoir assuré une hémostase parfaite de ce côté, que je complète le pansement avec plusieurs couches de gaze iodoformée, puis de ouate de tourbe assujettie par un bandage de corps et un spica de l'aine. Le malade à son réveil se trouve bien, car les irradiations douloureuses de la cuisse et du genou ont disparu, ne laissant subsister qu'un certain degré d'anesthésie cutanée.

A une heure de l'après-midi, le pansement est taché de sang; appelé aussitôt, je le défais; l'écoulement, non seulement avait lieu dans la profondeur de la plaio, mais le sang s'écoulait en nappe des deux lèvres de l'incision des parois.

Le malade m'apprend alors que chez lui les hémorragies étaient très difficiles à arrêter, qu'une simple avulsion de dent avait déterminé autrefois une hémorragie grave pendant trois ou quatre jours, et qu'il saignait indéfiniment pour la moindre écorchure: j'avais malheureusement affaire à un hémophile. Je refais un second tamponnement, très serré et très soigné, de la cavité avec la gaze iodoformée, et je touche les lèvres de l'incision avec le thermo-cautère au rouge sombre jusqu'à siccité des surfaces. Un pansement très serré est appliqué; je prescris en outre des injections d'ergotine. Tout alla bien dans la journée; mais à 2 heures du matin, nouvelle hémorragie. L'état général devient mauvais; on resserre le pansement. A 7 heures du matin, il n'y a plus de pouls, ni à la radiale ni à la temporale; le malade, presque exsangue, vomit tout ce qu'il prend, sa respiration est accélérée; enfin, il succombe dans la soirée, gardant toute sa connaissance.

En dehors du diagnostic d'hémophilie posé tardivement, j'ignorais encore avant l'autopsie la lésion qui avait causé l'hémorragie.

Autopsie le 1er mars. — A l'ouverture de l'abdomen, anémie de tous les tissus. Péritoine sain, le cæcum et son appendice sont absolument intacts et ne laissent aucune créance à l'idée d'une typhlite ou appendicite antérieure. Les accidents de 1891 ont dû être de même ordre que la dernière affection. Les vaisseaux iliaques sont normaux, ainsi que le rein et les autres viscères.

En décollant le péritoine pariétal et en refoulant la masse intestinale à droite, on arrive sur le fascia iliaca, et c'est derrière cette aponévrose dans la loge du psoas que siège la collection. En incisant cette loge on constate en effet qu'elle est occupée tout entière par de nouveaux caillots mêlés de sérosité. Les fibres musculaires du psoas sont dissociées et détruites au centre du muscle ; elles

forment une espèce de magma comparable à la boue splénique ou mieux à de la lavure de chair, sans traces de pus ou d'amas putrilagineux, tels qu'on en rencontre fréquemment dans la psoïtis. Toute la loge du psoas, depuis la colonne vertébrale jusqu'au petit trochanter est disséquée, pour ainsi dire, et contient cette lavure de chair mêlée de caillots, dont je viens de parler. Les vertèbres sont absolument saines.

Même après l'autopsie, je ne suis pas encore fixé sur la pathogénie de cette affection, et je ne puis émettre que l'hypothèse suivante :

Au mois d'août, sous l'influence d'un effort probable, une fibre musculaire du psoas se rompît, et en raison de l'état d'hémophilie du malade, une première hémorragie se produisit dans le muscle, donnant lieu à cette tuméfaction de la fosse iliaque prise pour un appendicite, et aux douleurs d'irradiation par compression des nerfs du plexus lombaire. Cette première lésion avait amené l'altération d'une partie du psoas,et cet homme, dont la santé paraissait parfaite, fut repris par les accidents graves dont je viens de faire la relation, à la suite d'exercices plus ou moins violents auxquels il fut astreint pendant les premiers jours de sa période d'instruction.

Les erreurs chirurgicales, quoique pénibles à enregistrer, ont cependant leur enseignement, et servent quelquefois plus la science que les plus beaux succès ; aussi, n'ai-je pas hésité à soumettre à votre jugement cette observation dont on peut tirer, je crois, les conclusions suivantes :

Les hématomes du psoas qui peuvent simuler les phlegmons de la fosse iliaque, ont pour caractères principaux : leur formation relativement rapide, le peu de concordance entre l'évolution de la tumeur et les phénomènes généraux fébriles, et enfin l'anémie profonde que présente le malade après peu de jours de maladie.

Communication.

Brûlure ancienne de la main droite ; cicatrice vicieuse ; autoplastie par la méthode italienne ; excellent résultat de l'opération,

Par M. Jalaguier.

Bernadette G..., 10 ans, est tombée dans le feu à l'âge de 6 mois et s'est fait de vastes brûlures à la face, au bras droit et à la main ; les lésions de la face et du bras se sont réparées assez régulièrement, mais, à la main, la rétraction cicatricielle a produit une grave difformité. L'index est totalement détruit ; du médius et du petit doigt, il

ne reste qu'un moignon formé par la première phalange ; l'annulaire et le pouce sont conservés. Une cicatrice très épaisse et très dure, occupant la face dorsale de la main, depuis la racine des doigts jusqu'à l'articulation radio-carpienne, relève sur le métacarpe l'annulaire et ce qui reste du médius et du petit doigt ; la main, dans un ensemble, est maintenue en hyperextension et fait avec l'avant-bras un angle droit ouvert en arrière ; enfin, le pouce est attiré vers la face dorsale et tout mouvement d'opposition est rendu impossible.

Le 10 août 1891, section transversale de toute l'épaisseur de la cicatrice, dissection et mobilisation de ses deux moitiés, de façon à placer le poignet et les doigts dans l'attitude de flexion. Il en résulta une vaste plaie quadrilatère occupant toute la face dorsale de la main, depuis les articulations métacarpo-phalangienne, jusqu'à l'articulation radio-carpienne. Cette plaie est comblée par un grand lambeau taillé dans la fesse droite et laissé adhérent par son côté antérieur. Pansement au salol. Immobilisation au moyen d'un appareil plâtré maintenant le membre supérieur collé au tronc et à la cuisse.

L'enfant supporta à merveille l'attitude qui lui était imposée. Le premier pansement fut fait le seizième jour : section du pédicule du lambeau qui pâlit d'une façon inquiétante. Ablation des fils périphériques.

Le lendemain, le lambeau avait bon aspect, et tout marcha régulièrement vers la cicatrisation.

Vous pouvez constater aujourd'hui le résultat obtenu par cette autoplastie : le poignet et les doigts se fléchissent en toute liberté, et l'enfant est devenue très adroite.

Le lambeau est resté insensible jusqu'au mois d'octobre ; depuis, la sensibilité est revenue peu à peu et, à l'heure actuelle, l'enfant perçoit une piqûre d'épingle et un attouchement, même léger.

Discussion.

M. Berger. — Le résultat obtenu par M. Jalaguier est très beau. J'ai fait une soixantaine de transplantations et je n'ai eu qu'une seule fois la gangrène du lambeau. Au seizième jour, le lambeau transplanté est bien vivant, et quand on coupe le pédicule qui le rattache, on voit couler du sang par le bout périphérique, preuve évidente de sa vitalité. Je ferai remarquer à M. Jalaguier que, dans les cas analogues au sien, je prends le lambeau sur le tronc parce que l'immobilisation des parties est plus facile, surtout si l'on a soin de faire l'emprunt au niveau de la région de l'hypochondre.

J'ai aussi cherché à me conformer aux principes de Masse et à prendre des lambeaux dont les tissus se rapprochent le plus possible de ceux de la région qu'il s'agit de recouvrir ; ainsi, pour le dos de la main, il convient de prendre la peau de la face posté-

rieure du tronc ; pour la face palmaire, la peau de la région antérieure.

Le résultat de ces greffes est excellent : le lambeau reste vigoureux, mobile sur la profondeur et tout à fait semblable à la peau du voisinage ; pour la main, ce procédé me paraît tout à fait supérieur aux autres.

Présentation de malades.

I. — *Résection orthopédique de la hanche pour luxation iliaque ancienne.*

M. Kirmisson présente un jeune homme de 19 ans auquel il a pratiqué, le 8 juillet dernier, une résection orthopédique de la hanche gauche pour une luxation iliaque datant de quatre ans. Le membre était placé dans la flexion unie à l'adduction ; le raccourcissement mesuré, le malade étant couché, atteignait 6 centimètres ; mais, lorsque le malade appuyait sur le membre luxé, la tête du fémur remontait vers la crête iliaque, le tronc tout entier semblait s'enfoncer dans le bassin, et le malade ne pouvait conserver la rectitude qu'à la condition de fléchir à angle droit le membre sain, à ce moment le raccourcissement atteignait au moins 15 centimètres.

Ce qu'il y eut de particulier, au cours de la résection entreprise, c'est que l'on rencontra une déformation considérable de la tête du fémur, représentée par deux éminences osseuses, situées l'une en avant, l'autre en arrière du grand trochanter. La saillie postérieure fut enlevée à l'aide de l'ostéotome, et après avoir évidé avec la gouge la cavité cotyloïde en partie comblée par du tissu fibreux, nous y replaçâmes la saillie antérieure représentant la tête fémorale. Le malade fut soumis à l'extension continue à l'aide d'un poids de 3 kilogrammes. La marche de la plaie ne fut pas aseptique, il y eut même formation d'un abcès à la partie antérieure de la plaie. Néanmoins, le résultat définitif peut être considéré comme satisfaisant.

Nous n'avons pas gagné grand chose sous le rapport du raccourcissement qui mesure toujours environ 6 centimètres ; mais l'attitude du membre est rectifiée, il est placé dans l'extension complète et parallèle à celui du côté opposé. Il reste des mouvements de flexion et d'extension assez étendus, mais surtout il s'est constitué une néarthrose solide ; la tête du fémur n'a plus tendance à remonter vers la fosse iliaque pendant la marche ; aujourd'hui, huit mois après l'opération, le membre représente pour notre malade un point d'appui solide, permettant facilement la marche à l'aide d'un soulier surélevé de 3 centimètres.

II. — *Adénite cervicale ; injections de naphtol camphré ; guérison.*

M. Moty présente un malade entré le 25 janvier pour bronchite spécifique dans le service de M. Burlureaux, son collègue, qui le lui adresse le 8 février en raison d'une adénite cervicale gauche à marche assez aiguë. Le 13 février, une ponction au bistouri est faite dans la partie la plus saillante et la plus molle de la masse tuberculeuse, au-dessous de l'apophyse mastoïde ; on vide le foyer par pression et on y injecte du naphtol camphré au moyen d'une seringue à injection ordinaire ; le 20 février, ponction d'un second foyer à quatre doigts au-dessous du premier, et réouverture de l'orifice de ponction supérieur avec une sonde cannelée — évacuation du pus par la pression des doigts et injection du naphtol qui ressort par le second orifice quand on l'introduit par l'autre ; pansement avec une simple compresse de gaze trempée dans la solution de sublimé au millième.

Quelques jours plus tard, ce malade était dans l'état où il se trouve aujourd'hui ; la tumeur est remplacée par un tractus cicatriciel sous-cutané, la trace dos ponctions est à peine visible ; enfin, depuis la ponction, la santé générale s'est notablement améliorée ; ce procédé de traitement est extrêmement simple et paraît très avantageux quand une intervention s'impose et qu'une raison quelconque ne permet pas de recourir à d'autres méthodes.

Discussion.

M. Nélaton. J'ai traité environ dix cas semblables et j'ai obtenu de très bons résultats avec disparition complète des ganglions.

M. Moty a traité un cas que je considère comme le plus favorable pour le succès de ces injections, à savoir une collection purulente complètement formée. Dans le cas de ganglion caséeux, le résultat est beaucoup plus difficile à obtenir, et il faut de trois à quatre mois pour obtenir la guérison ; il est nécessaire d'obtenir d'abord le ramollissement des ganglions, et ce n'est qu'à cette période que l'injection peut être utilement pratiquée.

III. — *Fracture de la rotule ; suture.*

M. Reclus présente un malade auquel il a pratiqué la suture de la rotule pour une fracture avec écartement transversal de quatre travers de doigt. L'opération a été faite à l'aide de l'anesthésie par la cocaïne. Le malade a été opéré il y a quarante-cinq jours et marchait au dix-neuvième jour. La rotule a été suturée avec un gros fil d'argent et le surtout ligamenteux antérieur avec des crins de Florence.

Élection pour une place de membre titulaire.

La commission présente :

En première ligne : M. Delorme ;

En deuxième ligne : MM. Picqué et Tuffier ;

En troisième ligne : MM. Michaud et Ricard.

Nombre de votants, 35. — Majorité, 18.

Sont nommés :

MM.	Delorme......................	28 voix.
	Picqué.......................	5 —
	Tuffier......................	2 —

M. Delorme est nommé *membre titulaire* de la Société.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 16 mars 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Bouisson, sa vie et son œuvre,* par M. Bouillet (de Béziers);

3° *Étranglement latéral de l'intestin dans la hernie inguinale,* par MM. Drugescu et Bardescu (de Bucarest) (brochure en roumain. Bucarest, 1892) ;

4° Le premier numéro des *Archives cliniques de Bordeaux,* sous la direction de MM. Demons et Pitres ;

5° *Prolapsus du rectum ; rectococcypexie par le procédé de*

G.-Marchant; guérison temporaire suivie de rechute partielle, par M. Tachard, membre correspondant;

6° *Plaie béante du genou; guérison avec restitution des mouvements*, par M. Ant. Courtade (M. Richelot, rapporteur).

Rapport.

Spina bifida de la région sacrée chez un nouveau-né; excision quatre heures après la naissance; guérison, par M. Walther.

Rapport par M. Ch. Monod.

M. Walther, dans une de nos dernières séances, nous a présenté un petit garçon, bien conformé d'ailleurs, auquel il avait pratiqué, quatre heures après la naissance, l'excision d'un volumineux spina bifida de la région sacrée.

Je résume tout d'abord l'observation qui nous a été lue:

La tumeur s'étendait de la première vertèbre sacrée jusqu'à un centimètre de l'anus, empiétant de chaque côté sur la fesse. Sa longueur était de 12 centimètres. A 5 ou 6 centimètres de sa base, la peau cessait brusquement, et la paroi n'était plus représentée que par une membrane très mince, absolument transparente, manifestement en imminence de rupture. Cette circonstance décide M. Walther à intervenir de suite. Après ponction préalable qui donne issue à 220 grammes de liquide très limpide, il dessine au bistouri deux lambeaux latéraux cutanés qu'il détache rapidement de la surface du sac; celui-ci, largement ouvert, est lui-même disséqué comme un sac herniaire dans l'opération de la cure radicale, jusqu'aux bords de l'orifice vertébral, large seulement de 2 millimètres environ, puis lié à la soie et réséqué. Les deux lambeaux latéraux sont alors réunis au crin de Florence au-devant du pédicule ainsi formé. Pansement salolé et collodion.

Six jours plus tard, toutes les sutures sont enlevées; la réunion était complète.

L'enfant a été présenté quinze jours après l'opération. Il était absolument bien portant. La cicatrice était solide. On n'y sentait ni tension ni impulsion pendant les efforts. Aucun signe non plus de pression intra-cranienne ou intra-rachidienne; la mobilité et la sensibilité étaient intactes après comme avant l'opération [1].

On ne peut que féliciter M. Walther du parti qu'il a su prendre. La tumeur était volumineuse, sur le point de se rompre. Il était

[1] Je puis ajouter que cet enfant, opéré en septembre 1891, est actuellement encore (mars 1892) en parfaite santé.

urgent d'intervenir. D'autre part, il y avait, à la base de la tuméfaction, une quantité de peau suffisante pour qu'une réunion après ablation fût possible.

Tenant compte de ce fait, du danger ou du moins de l'inefficacité des ponctions simples, M. Walther crut pouvoir, malgré le jeune âge du petit malade, pratiquer l'excision de la tumeur.

Un beau succès a suivi sa tentative. Il est vrai que, comme le fait très justement remarquer M. Walther, les conditions anatomiques étaient particulièrement favorables : « siège à la région sacrée, pas de portion de moelle ni de nerfs à refouler, étroitesse de l'orifice de communication de la poche avec le canal rachidien. »

Il n'en reste pas moins que c'est là encore un cas à joindre à ceux de Laffite[1], Championnière[2], Lannelongue[3], Périer[4], Picqué[5], en France ; à ceux de Mayo-Robson[6], Hayes[7], Göschel[8], Sinclair[9], Barton[10], Dollinger[11], Hildebrand[12], Rosenbach[13], Hurd[14],

[1] LAFFITE (de Coutras), Spina bifida congénital opéré chez un enfant de 9 jours par excision complète de la tumeur; guérison (*Comptes rendus de l'Association française pour l'avancement des sciences*, session de Paris, 1878, p. 942).

[2] CHAMPIONNIÈRE (J.), Deux cas (1883 et 1887), in BELLANGER, *Traitement du spina bifida* (Thèse de Paris, 1891, édit. in-8°, p. 73 et 75).

[3] LANNELONGUE (O.) (1886) in GUIBBAUD, *Des différentes méthodes de traitement du spina bifida et de l'excision en particulier* (Thèse de Paris, 1887, édit. in-4°, p. 112).

[4] PÉRIER (Ch.), Deux cas (1887 et 1891) : 1° Observation présentée à l'Académie (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1887, 2e série, t. XVIII, p. 552, et *Gaz. hebd.*, 1887, p. 700); 2° Observation communiquée à Bellanger (*loc. cit.*, p. 80).

[5] PICQUÉ (1890), Observation communiquée à Bellanger (*loc. cit.*, p. 78).

[6] MAYO-ROBSON (1882 et 1886), *A series of cases of spina bifida treated by plastic operation*, lecture faite à la Société clinique de Londres le 27 mars 1885 (*Transactions of the clinical Soc. of London*, 1885, t. XVIII, p. 210); quatre cas, trois succès. — Nouveau cas : *Spina bifida treated by excision* (*British med. Journal*, 1886, t. I, p. 985).

[7] HAYES (Rob.), A successful operation after the method of M. Robson... (*New York medical Record*, 1883, t. I, p. 648).

[8] GÖSCHEL in KLEIN (G.), *Zur Casuistik der spina bifida* (Thèse inaugurale, Nürnberg, 1885).

[9] SINCLAIR, A case spina bifida treated by excision (*The Dublin medic. Journal*, mars 1886, p. 199).

[10] BARTON (J.-H.), Case of spina bifida successfully treated by operation (*The Lancet*, 1886, t. II, p. 626).

[11] DOLLINGER, Die osteoplastische Operation der Hydrorrachis (*Wien. medic. Woschenschr.*, 1886, p. 1536).

[12] HILDEBRAND, Zur operativen Behandlung der Hirn-ünd Rückenmarksbrüche (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 1888, t. XXVIII, p. 438); quatre cas, trois morts.

[13] ROSENBACH, Observation communiquée à Hildebrand (*loc. cit.*, p. 453).

[14] HURD, The operative treatment of spina bifida (*Therapeutic Gaz.*, 1889, t. XIII, p. 660).

Bayer [1], Borelius [2], Senenko [3], Gussenbauer [4], Cockburn [5], Ciuti [6], Keen [7], à l'étranger ; à celui tout récent de notre collègue M. Berger [8] ; en tout une trentaine de cas, où l'incision de la tumeur suivie de l'excision partielle ou complète de la membrane d'enveloppe et de la suture des téguments a abouti à la guérison.

On serait tenté, en présence de cette succession de faits heureux, de se demander si le véritable traitement du spina bifida n'est pas enfin trouvé ; si la méthode sanglante, appliquée avec les précautions antiseptiques de rigueur, ne doit pas désormais prendre le pas sur les autres procédés de cure radicale de ce vice de conformation.

Malheureusement, lorsqu'on examine les choses de plus près, il faut en rabattre. A côté des succès, il faut compter les revers. Dans un relevé tout récemment dressé par le Dr Bellanger [9], qui ne dissimule pas ses préférences pour ce mode de traitement, l'ablation du spina bifida aurait entraîné la mort 8 fois sur 24 cas, soit 33.3 0/0.

La proportion d'insuccès, qui pourrait être moindre, si l'on tenait compte de tous les cas connus, est encore considérable.

Elle ne serait cependant pas trop décourageante, étant donnée

[1] Bayer (Karl), Zür Chirurgie der Rückenmarksbrüche (*Prager medic. Wochenschr.*, 1889, n° 20, p. 227); deux cas. — Weitere Erfahrungen ueber die Zulässigkeit der blutigen operation der Rückenmarksbrüche (*loc. cit.*, 1890, n° 5, p. 48); trois cas, une mort.

[2] Borelius (J.), Spina bifida operrerad medelst lomba-excision (*Hygiea*, 1889, p. 533, et *Canstatt's Jahresb.*, 1889, p. 442). — Observation résumée par Bellanger, sous le nom de Burlius (*loc. cit.*, p. 82).

[3] Senenko (de Saint-Pétersbourg), Ueber die Ausschälung der Meningo-Myelocelesackes mit nachfolgender Osteoplastik (*Centralb. f. Chirurg.*, 1889, p. 444).

[4] Gussenbauer (1890), Observation résumée par Bellanger (*loc. cit.*, p. 77).

[5] Cockburn, A case of spina bifida, operation by excision, recovery (*American Journ. of medic. Sc.*, 1890, p. 165). — Observation résumée par Bellanger, sous le nom de Cockbury (*loc. cit.*, p. 81).

[6] Ciuti (G.), Storia di un caso di spina bifida guarita con l'escisione del sacco (*Sperimentale Luglio*, 1890, p. 3).

[7] Keen (W.-W.), Four congénital tumours of the head and spine, all submitted to operation, *clinical lecture delivered at the Jefferson medical college Hospital* (*International Clinics*, octobre 1891). Deux cas de spina bifida traités par l'excision ; guérison opératoire ; mort par entérite.

[8] Berger (Paul), *Cure radicale d'un spina bifida lombaire chez une petite fille de 7 semaines, traité par la greffe d'une plaque osseuse empruntée à l'omoplate d'un jeune lapin* (Observation communiquée à l'Académie de médecine, séance du 12 janvier 1892).

Voir aussi : Lindemann (J.), *Spina bifida mit Berücksichtizung eines geheilten Falles* (Inaug. Dissert. Bonn, 1889). Spina lombaire gros comme un œuf chez un garçon de 17 mois ; suture ; guérison.

[9] Bellanger, *Traitement du spina bifida* (Thèse de Paris, 1891).

la gravité de l'affection laissée à elle-même, si l'on ne savait que tous les faits ne sont pas publiés, que les échecs sont trop souvent passés sous silence.

Aussi, la statistique de M. Bellanger, comme celle des auteurs qui l'ont précédé dans cette voie, a-t-elle le grand défaut de réunir des faits par trop dissemblables. On oublie trop qu'il n'y a pas *un* mais *des spina bifida* différant par leur siège, par les parties contenues, par leurs rapports avec la colonne vertébrale, par les caractères de leurs enveloppes, etc. ; sans parler des lésions qui peuvent coexister et de l'état général de l'enfant qui en est porteur.

Dans les relevés qui sont à notre disposition, on trouve, en effet, placés côte à côte et sans distinction suffisante, les spina des régions cervicale, lombaire et sacrée ; ceux dont le sac ne contient que du liquide, et ceux dans lesquels pénètrent des éléments nerveux, voire même une portion de moelle ; les tumeurs qui communiquent avec la colonne vertébrale par large ou par étroite ouverture ; celles dont l'enveloppe est intacte, ou même entièrement cutanée, ou au contraire amincie, ulcérée ou en voie de rupture. Quelle parité établir entre des cas aussi divers ?

Un exemple fera mieux comprendre ma pensée. Dans l'examen fait par les auteurs des procédés applicables à la cure du spina bifida, on peut lire que la compression de la tumeur à sa base à l'aide de la pince de Rizzoli ou d'un instrument analogue a donné, sur 8 cas, 8 guérisons, soit 100 0/0 de succès. Faut-il conclure de là que ce moyen ait une réelle supériorité sur les autres ? personne n'oserait soutenir pareille opinion. Cette série heureuse montre seulement que les chirurgiens qui ont mis ce procédé en pratique, plus heureux peut-être que sages, ont eu la bonne fortune de rencontrer des cas où la tumeur ne renfermait aucun élément nerveux important.

La même remarque pourrait être faite au sujet de la *ligature élastique*, qui, au dire de M. Rohmer[1], n'a été, sur 20 cas où elle a été mise en usage, que deux fois suivie de mort, alors que la ligature simple ne donne habituellement que des résultats déplorables.

Qu'est-ce à dire, sinon qu'ici encore, comme le fait très bien, au reste, remarquer M. Rohmer, dans ces cas particulièrement favorables, on n'avait sans doute eu affaire qu'à des hydrorachis externes, à des méningocèles simples.

Ces considérations nous amènent à dire, ou mieux à répéter après bien d'autres, que le principal souci du chirurgien appelé à

[1] ROHMER, article HYDRORACHIS (*Dictionnaire encyclopédique des sc. med.*, 4e série, t. XIV, p. 690).

faire un choix entre les divers procédés de cure de spina bifida doit être d'établir un diagnostic anatomique exact, et particulièrement de se rendre compte des rapports de la tumeur avec le canal vertébral et des parties nerveuses contenues dans le sac. Or, il se trouve précisément que ce diagnostic offre, en général, les plus grandes difficultés, et que, dans la grande majorité des cas, l'on ne peut avoir à cet égard que des présomptions, pour ainsi dire jamais une certitude.

Ne voit-on pas, dès lors, et c'est là où j'en veux venir, que si, parmi les procédés, il en est un qui permette d'apprécier, *de visu*, chemin faisant, l'état anatomique des parties et de conformer la conduite de l'opération aux constatations faites, il n'est pas douteux qu'un tel mode de traitement devra être adopté de préférence à tout autre ?

Ne serait-ce pas là l'explication de la tendance actuelle qui pousse les chirurgiens à avoir recours, dans un nombre de cas qui devient de plus en plus considérable, à l'excision de la tumeur, alors que, d'autre part, les pratiques bien appliquées de l'antisepsie ont singulièrement diminué le danger d'une pareille intervention.

En d'autres termes, la plupart des procédés de cure du spina bifida, ligature, cautérisation, injections modificatrices, agissent nécessairement un peu à l'aveugle, puisqu'on ne connaît jamais exactement les conditions anatomiques dans lesquelles se présente la tumeur ; ils peuvent donc, si celles-ci sont mauvaises, conduire à un échec certain. Seule, l'incision suivie de l'excision du sac permet de se rendre compte de l'état des parties et d'agir en conséquence.

Si, comme dans le cas de M. Walther, on a la bonne fortune de ne trouver que du liquide à l'intérieur de la cavité, de constater que l'orifice de communication avec le canal vertébral est étroit, on aurait quelque raison de compter sur le succès.

Alors même que l'on découvrirait dans le sac des éléments nerveux, on pourra tenter de les disséquer avec soin et de les refouler dans le canal. Les observations de Périer, Hildebrand, Rosenbach, Bayer, Gussenbauer, Picqué, Cockburn, montrent que cette manœuvre a pu être exécutée et conduite à bien. Le procédé sanglant permettra enfin d'essayer, dans certains cas, d'obtenir la fermeture de l'orifice vertébral, soit à l'aide d'un lambeau de périoste emprunté à un animal, comme l'a tenté, sans grand succès d'ailleurs, Mayo Robson dans sa première opération ; soit, à l'exemple de Dollinger et de Senenko, en rapprochant les arcs vertébraux fracturés à leur base, et en les suturant ; soit encore, ainsi que notre collègue M. Berger y est heureusement parvenu, au moyen de la greffe d'une plaque osseuse.

Pour ces diverses raisons, le procédé de l'excision, toutes les fois qu'il est applicable, peut être considéré comme particulièrement recommandable. Il n'assure certes pas la guérison ; les insuccès ont été et seront encore nombreux ; mais il est rationnel et n'expose pas à plus de dangers que les autres.

J'ai dit : *toutes les fois qu'il est applicable*. Il est clair, en effet, que si le sac n'est pas recouvert, au moins à sa base, d'une quantité de peau suffisante pour que la réunion soit possible sans débridements étendus et dangereux à l'âge où l'opération est ordinairement pratiquée, on ne songera pas à avoir recours à l'excision du sac.

Reste en pareil cas la très précieuse ressource des injections iodées, selon la formule de Brainard-Velpeau, ou mieux suivant celle de Morton. On connaît, en effet, les conclusions de la commission nommée par la Société clinique de Londres en 1882, pour faire une enquête sur le meilleur mode de traitement du spina bifida.

Le rapport de cette commission, rédigé par le Dr Parker, fut lu en 1885. Il est plein de faits et de documents intéressants. Il établit la grande valeur du procédé des injections iodées et sa réelle supériorité sur tous ceux connus jusqu'alors. A ne considérer que les chiffres dans leur brutalité, aucun n'aurait donné plus de succès. Mais j'ai déjà dit que les faits réunis dans les tableaux statistiques ne sont pas suffisamment comparables. Il faut reconnaître cependant que les bons résultats obtenus par les injections iodées balancent s'ils ne dépassent ceux que fournit la méthode sanglante. Bien plus, suivant la très juste remarque du Dr Bellanger, on est étonné, en parcourant les observations, du nombre relativement considérable des cas où la guérison est obtenue malgré des circonstances défavorables, telles que l'ulcération ou une très grande minceur des enveloppes de la tumeur.

Je me serais reproché de n'avoir pas rappelé ces faits en terminant cette note. Si, pour les raisons que j'ai dites, l'ouverture et l'excision du sac me paraît dans certains cas le procédé le meilleur, je suis loin de contester les grands services que, dans beaucoup d'autres, peuvent rendre les injections iodées.

En résumé, nous sommes loin du temps où les chirurgiens, découragés, renonçaient pour ainsi dire à toute intervention active dans le spina bifida.

Il est bien démontré aujourd'hui, et le rapport de la commission anglaise a contribué à mettre ce fait en relief, que la mortalité du spina bifida non traité est telle qu'on est amplement autorisé à opérer alors même que l'intervention est le plus souvent sérieuse et par elle-même périlleuse. On ne s'abstiendra que si la lésion

est trop peu prononcée pour qu'il y ait lieu d'agir, ou au contraire trop grave, ou développée chez un sujet trop débile pour qu'une opération quelconque soit possible. En toute autre circonstance, le chirurgien devra intervenir. Il avait semblé jusque dans ces derniers temps, et il semble encore à beaucoup, que les injections iodées sont le procédé de traitement le moins dangereux et le plus efficace. Le cas de M. Walther et ceux des chirurgiens que j'ai cités plus haut établissent que la méthode sanglante compte, elle aussi, de nombreux succès.

L'observation de M. Walther n'aurait-elle d'autre résultat que de mettre à nouveau ce fait en lumière qu'il faudrait lui savoir gré de nous l'avoir adressée.

Je vous propose donc, Messieurs, de lui adresser nos remerciements et de déposer dans nos archives son observation, dont les points principaux ont été relevés dans ce rapport.

Discussion.

M. Kirmisson. J'ai eu l'occasion d'opérer, à la fin de décembre, une petite fille âgée de 15 jours, présentant à la région lombaire un spina-bifida caractérisé par la présence d'une tumeur arrondie siégeant exactement sur la ligne médiane, et mesurant six centimètres dans son diamètre vertical et quatre centimètres et demi dans son diamètre transverse. Les téguments recouvrant la tumeur étaient très amincis, d'un rouge violacé, et, particularité des plus intéressantes, il existait sur la ligne médiane une surface granuleuse à grann diamètre vertical, mesurant trois centimètres de longueur sur un centimètre et demi de largeur, étant le siège d'une suppuration légère, et ne possédant pas de revêtement épidermique.

L'opération a eu lieu le 28 décembre ; elle a consisté dans l'excision d'une tranche de peau à grand axe vertical comprenant dans son étendue toute la plaie granuleuse ; le sac dont les parois étaient minces, transparentes, fut ouvert, une certaine quantité de liquide limpide s'en écoula. Les rameaux nerveux qui y étaient contenus furent refoulés dans le canal médullaire, et les deux lèvres de la plaie furent réunis par quatre points de suture au crin de Florence. Dans le but de protéger la plaie du contact de l'urine et des matières fécales, toute la région fut recouverte d'une couche de collodion iodoformé.

La marche de la plaie fut parfaitement aseptique ; il n'y eut jamais de suppuration, jamais la moindre élévation de température. Et cependant lorsque nous enlevâmes les points de suture au bout de sept jours, le 4 janvier, les deux lèvres de la plaie s'écartèrent

et nous constatâmes l'absence complète de réunion cutanée. Heureusement la réunion s'était faite dans la profondeur de la plaie ; aussi n'y eut-il pas invasion du canal médullaire par la suppuration. Peu à peu toute la surface de la plaie se recouvrit de bourgeons charnus, et la cicatrisation complète s'effectua.

Malgré cette terminaison heureuse de mon intervention, je ne considère nullement l'enfant comme guéri. De temps à autre, en effet, il présente des accidents convulsifs. Il est à craindre que des complications ne se montrent du côté du système nerveux central, de l'hydrocéphalie notamment, dont la coïncidence avec le spina bifida a été notée depuis longtemps déjà, en particulier dans les leçons cliniques de Giraldès. Dernièrement encore, le *Progrès médical* publiait un exemple de cette complication[1].

Un autre point sur lequel je suis bien aise d'insister, c'est l'absence complète de réunion cutanée, malgré l'état parfaitement aseptique de la plaie, malgré l'absence de toute élévation de température. Dans ces conditions, la non-réunion me semble devoir être mise sur le compte de la faible vitalité des tissus, des troubles de nutrition chez les malades atteints de ce vice de conformation de la région rachidienne.

Quant à la question touchée par M. Monod dans son rapport, à savoir le mode d'intervention applicable dans les cas de spina bifida, il me semble qu'il faut établir une distinction entre les spina bifida bien pédiculisés dans lesquels on peut soupçonner l'absence d'éléments nerveux et ceux qui adhèrent à la peau par une large base et communiquent par un orifice étendu avec le canal rachidien, dans lesquels on peut admettre, d'après les notions anatomo-pathologiques que nous possédons, l'existence d'éléments nerveux plus ou moins nombreux. Dans ces derniers cas, l'extirpation par la méthode sanglante me semble devoir être le procédé de choix ; tandis que, pour les spina bifida pédiculés, on peut recourir soit aux injections iodées de Morton, soit aux différents procédés de ligature.

M. Terrier. L'année dernière, j'ai pratiqué l'excision d'un spina bifida chez un enfant atteint en même temps d'hydrocéphalie. Ce spina bifida paraissait dénué de toute complication et ne semblait pas renfermer de tractus nerveux; l'indication était nette et l'ablation fut très simple. Au bout de cinq à six jours, au moment de l'ablation des sutures, il n'y avait aucune réunion du côté de la plaie, et il en résulta une fistule du canal rachidien par laquelle

[1] Audry (Charles), Hydrocéphalie chronique apparue après la guérison spontanée d'un spina bifida; tentative inutile de réincision de ce dernier; trépanation; drainage des ventricules; mort (*Progrès médical*, 27 février 1892).

s'écoulait le liquide céphalo-rachidien. Malgré tous les moyens, la fistule et l'écoulement persistèrent, et après huit à dix jours l'enfant succomba par épuisement. Il se produisit du côté du crâne un phénomène tout à fait curieux : les saillies disparurent et furent remplacées par des dépressions ; toutes les parties de la boîte crânienne vidées de leur contenu liquide étaient devenues trop grandes et chevauchaient les unes sur les autres. Ce fait me paraît rare et n'a pas été, je crois, signalé jusqu'à ce jour.

M. Marchand. Dans un spina bifida de la région lombaire, je fis une ponction et retirai 500 grammes de liquide céphalo-rachidien ; l'enfant mourut de même par un véritable épuisement.

M. Prengrueber. J'ai fait aussi dans les mêmes conditions une opération très simple ; ici également la réunion ne se fit pas. Je crois que cette absence de réunion est due à la grande quantité de liquide céphalo-rachidien qui filtre entre les lèvres de la plaie et en empêche la réunion.

M. Terrier. Je vois qu'il y a eu entre les mains de mes collègues des accidents analogues à celui que j'ai signalé.

L'hypothèse de M. Prengrueber ne me semble pas complètement admissible ; on ne peut pas seulement admettre cet obstacle mécanique pour expliquer l'absence de réunion. On a fait des opérations semblables pour l'hydrocéphalie et il y a eu réunion. Il faut tenir compte, en même temps que de l'augmentation du liquide céphalo-rachidien, d'autres causes, telles que les troubles trophiques de la région opérée.

M. Kirmisson. Je suis heureux d'avoir provoqué cette discussion ; il est intéressant de connaître ce manque de réunion chez les enfants opérés, se produisant sans réaction locale ni générale, par simple défaut de vitalité des tissus. Il paraît donc nécessaire de chercher à éviter cet accident par la taille de grands lambeaux et par leur affrontement très soigné.

Les conclusions du rapport de M. Monod sont mises aux voix et adoptées.

Suite de la discussion sur l'appendicite.

M. Marchand. J'ai observé depuis quelques mois quatre cas qui ont directement trait aux diverses questions que le débat actuel cherche à élucider. Je vais les rapporter brièvement dans l'ordre où il se sont présentés à moi.

1re *Observation.* — Le premier cas en date est celui d'un homme de 48 ans auprès duquel je fus appelé en juin 1891.

La santé de ce malade avait été troublée à plusieurs reprises par des accidents douloureux siégeant dans le côté droit du ventre et dont le début remontait à vingt ans.

Ces accidents consistaient en des douleurs assez vives, survenant brusquement, puis cédant au bout de quelques jours et s'accompagnant de troubles intestinaux divers, constipation ou diarrhée. On avait envoyé le malade à Vichy à trois reprises différentes, mais sans grand résultat. Je dois ajouter que la région douloureuse ne correspondait point à la vésicule biliaire, mais à la partie inférieure du flanc droit, supérieure de la fosse iliaque. Aucune des crises douloureuses ne s'était jugée par de l'ictère.

Le mercredi 3 juin 1891, de très bonne heure dans la matinée, et le malade étant complètement à jeun, débutèrent à nouveau des accidents, analogues aux précédents, mais qui prirent une intensité exceptionnelle : douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, nausées, constipation opiniâtre ; puis bientôt amélioration notable et vomissement légèrement bilieux.

Le médecin traitant, en raison de la gravité exceptionnelle de l'état du malade, s'adjoignit deux consultants. On crut reconnaître les symptômes d'une obstruction intestinale : Deux cents grammes de mercure cru furent prescrits et administrés.

Aucun résultat heureux ne suivit cette prescription ; l'état continuant à s'aggraver, je fus appelé le mardi 9 juin, six jours après le début de la crise actuelle, trois jours après l'administration du mercure.

Le ventre était très ballonné, sonore à la percussion. La palpation, sensible partout, était très douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite. Je constatai à son niveau une rénitence profonde, en même temps que la percussion rendait un son très obscurci, presque mat, qui tranchait sur la tonalité du son des autres régions de l'abdomen.

Il n'y avait point eu de selles depuis le mardi précédent, mais issue de gaz et de quelques matières liquides.

La température oscillait entre 38° dans la journée et 39° la nuit ; le pouls plein bien battu à 90. Le facies ne présentait point le type abdominal, mais était au contraire légèrement coloré.

Je crus pouvoir affirmer qu'il s'agissait non point d'une obstruction vraie, mais d'une affection dont le point de départ était le cæcum ou mieux son appendice, avec suppuration probable et de plus certain degré de péritonite généralisée, causant la parésie intestinale et l'absence de selles.

Je proposai de faire une laparotomie dans la fosse iliaque droite,

pour évacuer le pus, si mes prévisions étaient exactes, ou au besoin et en désespoir de cause faire une entérotomie si je constatais les signes de l'obstruction vraie.

J'incisai donc la paroi abdominale parallèlement et à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Je tombai, après ouverture du péritoine pariétal très reconnaissable, sur un foyer de péritonite partielle, limité profondément et en dedans par le cæcum, puis par des anses d'intestin grêle agglutinées. Le foyer contenait 150 grammes environ de pus jaune, sale, très fétide. Après lavage boriqué je recherchai l'appendice, et nonobstant un décollement étendu des anses intestinales adhérentes au cæcum, je ne pus le découvrir. La plaie fut partiellement réunie ; j'établis un drainage à la gaze iodoformée.

J'appris ultérieurement que le malade avait été très soulagé pendant deux ou trois jours ; puis qu'il avait succombé aux progrès de la péritonite généralisée le sixième jour de l'opération.

2e *Observation.* — Au mois de novembre dernier, je fus appelé par deux confrères, pour donner mon avis au sujet d'un malade atteint, pensait-on, d'obstruction intestinale. Il s'agissait d'un homme vigoureux de 40 ans qui, quatre jours auparavant, sans cause déterminante bien nette, avait resenti une douleur vive, avec sensation de déchirure brusque dans le flanc droit. Bonne santé antérieure, aucun antécédent pathologique sérieux; il y avait bien eu de temps à autre quelques troubles gastro-intestinaux, sans aucune importance pour le malade.

Les phénomènes douloureux augmentèrent vite ; les garde-robes s'étaient suspendues en même temps que le ventre se tuméfiait.

Des purgatifs furent d'abord administrés avec quelques résultats ; mais le météorisme, les douleurs ayant augmenté, on se demanda s'il n'existait point une obstruction intestinale réelle.

Je trouvai un malade dont le ventre très météorisé, partout sonore à la percussion, était difficile à explorer, bien qu'à peu près indolent.

La constipation était opiniâtre; pourtant quelques gaz avaient été rendus, et la veille au soir il y avait eu issue par l'anus d'une certaine quantité de matières liquides qui me furent présentées. La palpation de la région iliaque droite était très pénible; c'était même le seul point du ventre où il existât une sensibilité notable. La percussion y donnait un son absolument clair et tympanique, je ne sentais aucune rénitence, aucune induration profonde, qui me fît penser à la possibilité d'une collection à ce niveau.

Je repoussai l'hypothèse d'une obstruction de l'intestin et

pensai aussitôt à une péritonite subaiguë, d'origine appendiculaire.

L'état général, nonobstant la douleur iliaque, ne pouvait inspirer aucune crainte sérieuse; le pouls était à 90° bien plein et bien battu, la face légèrement colorée ; il y avait une inappétence complète, mais l'état nauséeux des premiers jours avait cédé.

Aucun symptôme, aucun signe ne me démontrant, nonobstant mon diagnostif, l'urgence d'une intervention, je m'abstins et conseillai le traitement médical classique.

Mon abstention fut couronnée d'un plein succès. Le malade revint à une santé complète en quelques jours.

Quelques semaines après, il ne restait de cette algarade qu'une induration légère facile à constater dans la fosse iliaque droite, et un malade prévenu de l'importance qu'il y aurait pour lui à consulter, aussitôt que se manifesteraient de nouveaux accidents.

3e *Observation.* — Je fus prié, le 28 janvier dernier, par mon excellent confrère M. Landrin, de voir une dame de 45 ans, malade depuis quinze jours.

La santé avait été jusque-là parfaite, lorsque brusquement et sans motif plausible, si ce n'est un certain degré de constipation, la malade fut prise d'une douleur brusque et très vive dans la région du flanc droit.

Les douleurs prenaient une intensité considérable, pendant que se formait peu à peu une sorte de tuméfaction à bords peu nets, assez difficile à percevoir, et siégeant dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite, à quatre travers de doigt de l'arcade crurale. Il n'y avait du reste ni état fébrile, ni troubles digestifs sérieux, l'appétit était à peine diminué.

M. Duguet, appelé en consultation, en l'absence de toute altération fonctionnelle des appareils que l'on pouvait incriminer, fit un diagnostic de réserve et jugea que le cas nécessiterait peut-être une intervention chirurgicale.

Appelé à mon tour, je constatai l'existence d'une tuméfaction considérable occupant tout le flanc droit, descendant jusqu'à 7 ou 8 centimètres de l'arcade crurale, arrivant en dedans presque au bord externe du grand droit, débordant la crête iliaque en arrière, laissant complètement souple toute la région de l'hypochondre, dont elle restait bien distincte.

Profondément, on ne pouvait rien sentir de bien net ; la contraction instinctive de la paroi abdominale s'y opposait absolument ; mais le palper était très douloureux et ne pouvait être pratiqué qu'en prenant de grandes précautions.

La malade présentait un embonpoint un peu excessif, mais, en

dehors de son obésité, n'offrait aucun antécédent pathologique. L'examen le plus méticuleux, fonctionnel et organique des appareils qui, de près ou de loin, auraient pu avoir quelque connexion avec la maladie actuelle, restait absolument négatif.

Il existait une contradiction flagrante entre les phénomènes généraux absolument nuls, l'étendue et la profondeur de l'empâtement.

Je jugeai néanmoins, sans prévoir directement la nature et l'étendue des lésions que j'allais rencontrer, qu'il était indispensable d'intervenir au plus tôt, en raison de la marche rapidement envahissante des accidents locaux.

Je fis une très longue incision qui, en arrière, arrivait à peu de distance du bord postérieur de l'oblique externe, et en avant atteignait le grand droit. J'eus à traverser une couche adipeuse de cinq travers de doigt environ. Les deux premières couches normales aponévrotiques furent bien reconnues, puis je tombai sur un tissu infiltré, qui constituait la paroi d'un foyer purulent. J'arrivai bientôt, en continuant l'incision avec de grandes précautions, sur un foyer, duquel jaillit 7 à 800 grammes au moins d'un pus d'une horrible fétidité. Je débridai largement la paroi extérieure du foyer et l'évacuai totalement. En dedans, il était limité manifestement par le péritoine et les organes qu'il renferme, en arrière par la fosse iliaque, tapissée de son muscle plus ou moins désagrégé ; il existait un prolongement en haut vers le rein et la face postérieure du côlon. Je fus effrayé de l'énorme étendue de cette cavité ; je la désinfectai de mon mieux au moyen de la solution hydrargyrique à 1/2000, et je la tapissai de mèche de gaze iodoformée.

L'odeur du pus était manifestement stercorale, et bien que je n'eusse pas constaté la présence de matières à provenance de l'intestin, je crus à une perforation assez large du cæcum ou de la face postérieure du côlon.

Au deuxième pansement, j'eus l'explication des accidents sous la forme de deux petits cylindres de 1 centimètre et 1 centimètre et demi de longueur, sur 3 à 4 millimètres de diamètre, d'une matière dure comme du mastic, se laissant fragmenter assez facilement et qu'il fut facile de reconnaître pour les fragments d'un boudin stercoral provenant de l'appendice.

Au troisième pansement, on trouve un nouveau cylindre stercoral de 1 à 1 centimètre et demi de long, entièrement analogue aux précédents.

La vaste cavité pathologique et la longue incision que j'avais dû pratiquer se sont très vite comblées ; la malade n'a présenté aucun incident qui mérite d'être signalé et est aujourd'hui complètement

guérie. Qu'adviendra-t-il ultérieurement de l'appendice et de sa perforation ? L'avenir nous permettra seul de le déterminer.

Les suppurations stercorales ne revêtent point toujours une marche suraiguë, ainsi qu'en témoigne le cas suivant observé l'année dernière dans mon service de Saint-Louis.

4e *Observation.* — On admit, salle Cloquet, au mois de juin 1891, un malade qui était alité depuis près de quatre mois, pour des douleurs intenses qu'il ressentait dans la fosse iliaque droite et semblaient remonter vers le flanc droit. L'état était misérable: amaigrissement prononcé, inappétence complète, diarrhée incoercible ; localement, flexion de la cuisse; la fosse iliaque droite semble profondément remplie par une masse indurée qui ne donne lieu à aucune fluctuation. Je pensai qu'il s'agissait d'un mal de Pott lombaire, avec formation d'un volumineux abcès par congestion à marche rapide.

Au bout de quelques jours, il survint de la température et je fus forcé d'ouvrir largement la fosse iliaque. Cette dernière était complètement disséquée par une vaste collection de pus très fétide.

Le malade succomba quelques jours après aux progrès de la cachexie et de l'infection. A l'autopsie, on constata une perforation de la paroi postérieure du cæcum, arrondie, d'un demi-centimètre de diamètre. Les parois de l'intestin étaient épaissies et indurées comme si elles avaient été le siège d'une inflammation chronique.

Les autres organes étaient sains ; rien du côté de la colonne vertébrale ni de l'appareil pulmonaire. Les autres portions du tube digestif ne présentaient aucune altération.

La pièce ne put être soumise à l'examen histologique ; elle fut enlevée par mégarde et ne put être retrouvée. — Les accidents dont souffrait le malade étaient rapportés par lui à un violent effort qu'il aurait fait en soulevant un fardeau, tout au moins avait-il constamment souffert depuis cet accident; et lui avait-il été impossible do reprendre son travail depuis cette époque, qui marquait le début de l'affection.

Je résumerai brièvement les résultats des quatre observations précédentes. Elles démontrent d'abord que la chirurgie n'est guère appelée à fournir son concours que dans les cas très graves, ou tout au moins dont la symptomatologie est insolite.

Les complications observées chez nos malades, tous adultes, sont identiques à celles que l'on rencontre chez l'enfant. Je trouve en effet une péritonite circonscrite suppurée qui se généralise malgré l'incision du foyer. Deux abcès rétropéritonéaux énormes, bien et dûment d'origine stercorale ; l'un d'eux est dû à une rupture de l'appendice cæcal avec issue de son contenu ; le dernier, en rap-

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 43.4.92. *Le gérant* : G. MASSON.

port avec une ulcération du cæcum, peut être de nature tuberculeuse. Cette forme, signalée dès 1843 par Valy et en 1844 par Bodart semblerait, du reste, moins rare qu'on ne l'avait supposée jusqu'à ces derniers temps.

Notre premier malade a présenté pendant 20 ans, les signes de l'appendicite chronique ; on les méconnut et on les attribua quand même à une affection hépatico-biliaire mal déterminée. Il est vraisemblable qu'aujourd'hui pareille erreur pourrait être évitée. La longue durée des accidents (20 ans) n'est point absolument exceptionnelle, et il ne serait point nécessaire de feuilleter un grand nombre d'observations pour rencontrer des durées de 15, 18 et 20 ans.

Je rappelle que mon dernier malade a présenté tous les signes d'un abcès iliaque profond, sous-aponévrotique, à marche relativement lente (4 mois). Ici, comme dans le cas de M. Dieu, je constatai la réplétion de la fosse iliaque par une induration nullement fluctuante, mais d'une dureté ligneuse. La flexion avec une adduction légère du membre inférieur indiquaient le siège anatomique de la collection, qui avait envahi la fosse iliaque et presque détruit le muscle qui la tapisse. La marche lente, absolument subaiguë de l'affection, éloignait d'un diagnostic précis, et c'est contre le volumineux abcès iliaque que fut dirigée l'intervention sans qu'il eût été possible, jusque-là, d'en établir l'espèce.

En résumé, les travaux de Fix, de Fenwick, de Veir, de Matterstock ont démontré, jusqu'à l'évidence, que les typhlites, pérityphlites, bon nombre d'abcès dits de la fosse iliaque sans autre désignation, reconnaissaient une cause presque unique : les altérations de l'appendice cæcal. Ces altérations procèderaient toujours de l'intérieur de l'organe vers ses couches superficielles ; elles sont d'origine inflammatoire le plus souvent ; depuis la simple inflammation catarrhale jusqu'à la rupture avec issue du contenu de l'organe, en passant par les divers degrés de l'ulcération, on a noté toutes les périodes.

La plainte de l'organe malade, le retentissement lent, progressif, ou rapide ou même brutal sur les tissus voisins, péritoine, tissu sous-cæcal, donnent lieu à l'ensemble symptomatique désigné jusqu'à cette époque sous le nom de typhilite ou pérityphlite.

L'affection en elle-même est donc connue depuis longtemps, dans ses principales manifestations et les graves accidents qui la compliquent. L'époque actuelle a le mérite d'en avoir établi, avec précision, l'origine presque toujours appendiculaire. Je dis presque toujours, car les lésions du cæcum continuent à revendiquer pour une petite part, tout au moins, leur importance étiologique dans certains cas.

Quelles sont maintenant les acquisitions cliniques sérieuses qui nous ont valu ces nouvelles notions étiologiques ?

C'est d'abord et surtout, me semble-t-il, la connaissance presque parfaite de l'appendicite chronique. Trèves, Senn, Kümmel, etc., ont pu, grâce à l'analyse de faits dont l'interprétation était auparavant pleine d'obscurités, proposer de pratiquer l'extirpation de l'appendice cæcal, et mettre ainsi leurs malades à l'abri d'accidents de plus en plus pénibles et dangereux. Ils ont institué une thérapeutique nouvelle qui devra être imitée dans certains cas bien déterminés et bien choisis, nonobstant des objections anatomiques et anotomo-pathologiques contre lesquelles elle a dû se défendre.

D'autre part, il est douteux que le résultat des statistiques anglo-américaines ait rendu moins ardue la tâche du chirurgien, appelé à juger de l'utilité d'une intervention, au cours d'une appendicite, et de la nature de cette intervention.

Berger a mis hors de doute que le plus grand nombre des accidents péri-appendiculaires du cæcum, n'ait aucune suite sérieuse, et ne se puisse terminer par une guérison solide et définitive. On ne peut donc s'appuyer sur le terrain trop peu solide de la statistique pour proposer une intervention. Je sais qu'on a tenté de réduire cette intervention à son minimum, puisque Sonnenburg, incisant toute la paroi abdominale, sans y comprendre le péritoine, ne complète l'ouverture que quelques jours après, alors que le pus est venu se collecter au-dessous de la boutonnière pariétale. On s'expose, en agissant ainsi, à faire bon nombre d'opérations inutiles ; et il n'y a pas loin, fort souvent, d'une opération inutile à une opération nuisible.

C'est donc la forme clinique de la maladie, qui bien appréciée dans ses divers éléments, permettra de décider, avec la certitude que peut offrir un bon diagnostic chirurgical, s'il y a lieu à intervention, et quelle forme il conviendra de donner à cette dernière. En mettant de côté les symptômes brutaux de la péritonite par perforation, le diagnostic reviendra donc à établir l'existence de la suppuration et si faire se peut le siège exact qu'elle occupe.

Je ne vois point qu'il y ait lieu à préceptes spéciaux pour l'ouverture de ces suppurations. S'il existe une péritonite généralisée contre laquelle on a jugé bon d'agir, la laparotomie médiane s'impose. Si, au cours de l'opération, on éprouvait trop de difficultés pour exercer certaines manœuvres dans la fosse iliaque droite, telles que la recherche de l'incision séance tenante de l'appendice, je ne verrais pas grand inconvénient à se donner un jour suffisant au moyen d'une laparotomie latérale.

Les règles de la chirurgie opératoire générale suffisent amplement à tout chirurgien exercé, lorsqu'il s'agit d'ouvrir une collec-

tion purulente, que son siège soit extra ou intra-péritonéal. Le diagnostic entre ces deux modes de la suppuration est du reste presque toujours possible.

On est du reste parfois obligé de modifier séance tenante le plan qu'on s'était proposé, comme le démontre une des très intéressantes observations que nous a communiquées Jalaguier dans une des précédentes séances.

Communication.

Description d'un nœud composé (ligature à double plan de serrage) applicable à la ligature des pédicules vasculaires et à l'occlusion des collets du sac dans la cure opératoire des hernies.

Par M. FÉLIZET.

La ligature simple consiste à étreindre dans une anse unique le pédicule ou le collet : elle suffit en beaucoup de cas, en chirurgie infantile ; mais elle est exposée à glisser ; elle a surtout le grand inconvénient de laisser glisser les parties qu'elle enserre, et c'est pour cela que la ligature à anses croisées, dite aussi ligature en chaîne, lui a été préférée.

La ligature en chaîne présente souvent quelques difficultés d'exécution : le croisement donne parfois lieu à des erreurs : s'il est manqué, l'occlusion n'est pas complète ; s'il est doublé, la striction est entravée.

La ligature de Lawson-Tait a séduit par sa simplicité et son ingéniosité beaucoup d'entre nous.

L'expérience a montré qu'elle a le grave inconvénient de serrer mollement et l'inconvénient plus grave encore de solidariser les deux temps et, par conséquent, les deux effets de la ligature.

Beaucoup d'entre nous sont donc revenus à la pratique des ligatures à anses croisées, qui leur donnent une sécurité plus grande, surtout pour les gros pédicules.

Nous vous présentons une ligature que nous avons mise souvent en usage pour les collets de hernie et pour les pédicules vasculaires, et qui nous a paru offrir la sécurité des ligatures en chaîne, avec une simplicité d'exécution qui rend les faux temps impossibles.

Nous représentons la portion à lier par un cylindre, cylindre creux s'il s'agit d'un collet de sac herniaire, cylindre plein s'il s'agit d'un pédicule.

L'aiguille traverse de part en part l'équateur du pédicule, por-

tant un fil, soie ou catgut, dont la striction interceptera la moitié inférieure du cylindre à lier. C'est un nœud simple, facile à faire, sans perdre de vue les tissus à étreindre.

La striction est perpendiculaire à l'axe du cylindre. Le cylindre est ainsi transformé en deux portions : 1° la portion serrée, réduite de volume et condensée, et 2° la portion libre, devenue ovale par l'attraction de la partie inférieure serrée.

C'est sur cette portion diminuée, resserrée et durcie que s'opérera la striction de ce qui reste à lier.

A cet effet, les deux anses du fil sont ramenées en haut, *avec une légère obliquité*, destinée à effacer l'ouverture du passage de l'aiguille, et le nœud se fait comme à l'ordinaire.

La seconde anse comprend, ainsi qu'on peut le voir, non seulement la partie supérieure, qui n'était pas serrée, mais encore la partie inférieure du cylindre, sur laquelle la première striction avait porté.

Elle la prend *au-dessus* de la striction première, et de cette façon elle rend impossible toute lacune au croisement des anses, et elle assure une uniformité d'occlusion que la ligature en chaîne ne donnait pas.

Les deux segments du cylindre, au lieu d'être juxtaposés, comme les deux parties d'un sablier, sont serrés, accolés, l'un coiffant l'autre, la seconde ligature bénéficiant de la solidité de la première, au point de vue du point d'appui.

Dans le cas où plus de deux anses seraient utiles, rien ne serait plus aisé que de les multiplier, en se basant sur le même principe.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. En matière de ligatures, on peut se livrer à beaucoup de fantaisies. Après avoir fait la ligature en chaîne, j'ai l'habitude de replier mes fils par-dessus le pédicule. Ma ligature se trouve donc composée de deux fils liés en chaîne, plus de la ligature proposée par M. Félizet.

M. Terrier. Quand je lie un pédicule, il arrive de temps en temps que le fil casse ; je garde le fil déjà appliqué et en pose un autre qui donne une ligature ressemblant tout à fait à celle de M. Félizet.

Présentation de malades.

I. — M. Monod présente le malade auquel, trois mois et demi après une *gastropexie* préalable, il a, à cause de la gêne crois-

sante de l'alimentation, pratiqué la gastrostomie. La fistule est petite; il ne s'en échappe aucune trace de suc gastrique, aucun liquide. Le trocart au moyen duquel l'ouverture de l'estomac a été faite n'a été laissé que vingt-quatre heures en place. Depuis lors le malade s'introduit lui-même trois fois par jour une sonde de Nélaton en caoutchouc rouge n° 16, et par cette sonde il injecte les aliments qui lui sont nécessaires. Il a en huit jours regagné près d'un kilogramme. Tant au point de vue général qu'au point de vue local, son état est excellent.

II. — M. Walther présente un malade atteint d'un coup de couteau dans l'abdomen et guéri par la laparotomie (M. Jalaguier, rapporteur).

Présentation d'instrument.

M. Terrier présente un *appareil stérilisateur* du Dr Mally. Cet appareil comporte la réalisation de la donnée suivante : obtenir un bain liquide à la température constante de 130° et *à l'air libre.*

Il se compose d'une cuve prismatique fermée, contenant 2 litres et demi de xylol que l'on chauffe à ébullition au moyen d'une grille à gaz placée sous la paroi horizontale inférieure. Un tube à dégagement amène les vapeurs dans le cylindre incliné placé à la partie supérieure de l'appareil. Ce cylindre est un réfrigérant et forme appareil à reflux, c'est-à-dire que les vapeurs condensées retombent dans la cuve à l'état liquide indéfiniment pendant tout le temps que l'on chauffe.

La paroi horizontale supérieure présente en outre une dépression en forme de cuve également, comprise dans la première, destinée à contenir le bain de glycérine. Cette deuxième cuve est en rapport de tous côtés, sauf par sa partie supérieure, avec la vapeur de xylène, afin de pouvoir se mettre en équilibre de température avec cette dernière. Ses dimensions sont telles qu'elle peut recevoir 2 kilogrammes et plus de glycérine, de façon à pouvoir immerger un certain nombre d'instruments à la fois. Enfin la profondeur de ce récipient est suffisante pour que le couvercle fermé emprisonne une certaine quantité d'air ou de vapeurs de glycérine destinée à rendre minimum la déperdition de chaleur par rayonnement.

Le fonctionnement de l'appareil est, comme on va le voir, des plus simples : 1° le réfrigérant étant relié par un tube de caoutchouc à un robinet d'eau, on établit un courant d'eau froide; 2° la grille à gaz étant reliée à une prise de gaz, on l'allume, le robinet

de l'appareil débite la quantité de gaz nécessaire à la marche régulière de l'instrument. L'appareil est en marche, on n'a plus à s'en occuper. Au bout de dix minutes environ, on entend le xylène entrer en ébullition; dix minutes, après on peut s'assurer à l'aide d'un thermomètre à main que la glycérine a atteint la température d'au moins 130°. A partir de ce moment, on peut stériliser des instruments de chirurgie de la façon suivante : on soulève le couvercle et on jette dans la cuve l'objet à stériliser. Si c'est un objet métallique, on est sûr qu'il prend presque instantanément la température de la glycérine, 130°. Au bout de cinq minutes, on le retire à l'aide d'une pince stérilisée, et on le plonge immédiatement dans une cuvette d'eau tiède stérile pour le refroidir et le transporter à portée de la main du chirurgien. L'opération peut se répéter indéfiniment et pour plusieurs instruments à la fois.

Les avantages de ce procédé nous paraissent dignes d'être signalés. En général, on peut dire d'abord que la stérilisation humide est préférable à la stérilisation dans un gaz : elle est beaucoup plus rapide et plus certaine. Avec le présent appareil, on peut stériliser un instrument au moment même de s'en servir.

Le contact de la glycérine n'altère pas le poli des instruments comme l'eau bouillante, ni la trempe des aciers comme l'étuve à air.

Enfin il permet la stérilisation des instruments de caoutchouc vulcanisé, tels que fils élastiques, tubes à drainages, sondes en gomme de toutes sortes, chose qui ne peut se réaliser pratiquement ni dans l'étuve à air ni dans l'autoclave. Les soies, les crins de Florence ne sont aucunement altérés, la glycérine dont ils sont imbibés en sortant du bain se dissout dans l'eau.

Présentation de pièces.

Utérus dont la cavité a été en grande partie détruite, en tout cas oblitérée par l'application de crayons de chlorure de zinc.

M. Routier. J'ai présenté à la Société, dans la première séance qui suivit les vacances de 1890, deux gros hémato-salpinx qui s'étaient rapidement développés chez une femme traitée d'une métrite par des applications de crayon de chlorure de zinc. La cavité cervicale du col se terminait en cul-de-sac, et je n'avais pu en aucune façon pénétrer dans l'utérus.

Cette femme, agée de 35 ans, était parfaitement guérie de cette intervention et avait pu reprendre des occupations que ses douleurs lui avaient fait suspendre.

En décembre 1891, c'est-à-dire dix-huit mois après cette salpingectomie, cette malade est venue me revoir, se plaignant de souffrir de nouveau dans le ventre, et accusant de fortes pertes de sang.

J'examinai de nouveau cet utérus : le col me parut gros, fongueux et dur; pas plus que dans mes premiers essais, le cathétérisme utérin ne fut possible. L'utérus était mobile.

Je pensai à la possibilité d'un épithélioma. En janvier, les pertes ont continué, la malade accusant même des pertes d'eau rousse.

Un nouvel examen pratiqué de concert avec mon excellent collègue et ami Schwartz nous laissa quelques doutes sur cet épithélioma du col. Malgré cela, à cause des pertes et des douleurs, je me suis décidé à faire l'hystérectomie vaginale.

Je vous présente aujourd'hui cet utérus remarquable par son aspect globuleux avec rétrécissement manifeste du diamètre au niveau de la jonction du col et du corps. La cavité cervicale est bien oblitérée, la cavité de corps est représentée par une petite ampoule occupant la partie médiane du renflement formant le corps; cette très petite cavité est bien séparée du cul-de-sac formé par la partie vaginale de la cavité cervicale par un espace de 3 centimètres au moins de tissu fibreux dur; des petits prolongements vont vers les cornes utérines sans y arriver.

Il était donc impossible de rétablir cette cavité sur le vivant, et l'ablation des ovaires et des trompes était bien la bonne conduite à suivre.

Cette pièce est la confirmation renouvelée des dangers de la méthode trop répandue encore des cautérisations intra-utérines avec le crayon de chlorure de zinc.

Élection.

M. Horteloup est nommé *membre honoraire* à l'unanimité des suffrages.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 23 mars 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Traitement des adénites tuberculeuses par les injections de naphtol camphré*, par M. Reboul (de Marseille) (M. Nélaton, rapporteur) ;

3° Lettres de MM. Championnière, Félizet, Terrillon, Reclus, demandant un congé pendant la durée du concours du Bureau central.

M. Pilate (d'Orléans), membre correspondant, assiste à la séance.

Suite de la discussion sur l'appendicite.

M. Berger. Au moment de la dernière discussion sur le traitement de la pérityphlite et des appendicites, discussion qui a occupé plusieurs des séances de la Société à la fin de l'année 1890, j'étais encore sous l'impression de plusieurs faits d'appendicites avec perforation de l'appendice que j'avais récemment observés : dans ces cas l'opération, que j'avais pratiquée aussitôt après avoir été appelé, n'avait pu arrêter la marche des accidents ; j'inclinais donc à penser que dans les cas où l'appendicite s'accompagnait d'accidents péritonitiques il y avait lieu de recourir à une intervention précoce et en quelque sorte préventive. Un certain nombre de faits que j'ai observés depuis lors sont venus modifier cette opinion et justifier les réserves dont je l'enveloppais à cette époque. Voici le résumé sommaire de ces observations.

Obs. I. — A la fin du mois de novembre 1890, j'étais appelé par M. le Dr Cadet de Gassicourt pour une petite fille qui depuis un an et

demi avait déjà présenté trois poussées sérieuses de pérityphlite. Lorsque je la vis, au cours de sa quatrième rechute, elle était dans un état très sérieux : le facies altéré, le ventre un peu ballonné et partout sensible, avec prédominance du côté droit, où l'on sentait une tumeur difficile à délimiter; les vomissements reproduisaient assez exactement, quoique à un moindre degré, les accidents dont j'avais été témoin chez les sujets atteints d'appendicite perforante. Je crus devoir conseiller une intervention rapide; et comme les parents de la petite malade ne l'eussent pas aisément acceptée, je leur proposai une consultation pour le lendemain matin; celle-ci, à laquelle prirent part MM. Cadet de Gassicourt, Ollivier, Périer et Le Dentu, ne fut pas favorable à l'opération; il est vrai que depuis la veille la situation s'était améliorée, que le ventre était moins tendu et moins douloureux, la température moins élevée, et que l'état général semblait meilleur. Cette amélioration se prononça les jours suivants et la malade guérit; mais elle fut reprise en février 1891 d'une nouvelle rechute, moins grave à la vérité que la précédente. On eut alors l'idée de la mettre à une diète composée uniquement de lait et d'œufs, et depuis lors aucun retour de l'appendicite ne s'est produit, et la tumeur iliaque, qui avait toujours persisté, même dans l'intervalle des six crises, a complètement disparu. Il y a donc plus d'un an que la guérison se maintient.

Voici un deuxième exemple d'appendicite à répétition, pour laquelle je fus deux fois sur le point de recourir à une intervention chirurgicale et qui, néanmoins, guérit spontanément d'une manière complète.

Obs. II. — Le jeune homme qui en est l'objet avait eu dans son enfance, à l'âge de 3 ans environ, une première atteinte de pérityphlite. Depuis lors il ne s'était plus ressenti de rien, quand à l'âge de 19 ans, le 21 janvier 1891, il fut pris d'une affection présentant tous les caractères de la pérityphlite; cette poussée était guérie vers le milieu de février. Il fut repris le 9 mars, et cette nouvelle crise de pérityphlite dura jusqu'au 24 du même mois; enfin vers le 15 mai les douleurs dans le ventre se réveillèrent pendant plusieurs jours, il y eut même du malaise général, mais les accidents ne furent pas assez prononcés pour motiver le séjour au lit.

Ce fut le 16 juillet que la dernière crise de pérityphlite commença subitement avec des phénomènes aigus qui durèrent sans interruption jusqu'au 24, date à laquelle je vis le malade pour la première fois.

Le ventre était sensible dans toute son étendue, un peu ballonné; dans la fosse iliaque droite on sentait une tuméfaction assez dure, facile à apprécier, excessivement douloureuse; à ce niveau il n'y avait pas de matité. Il existait un état fébrile permanent (39° et plus les derniers jours) et quelques vomissements s'étaient produits. Depuis le début de l'affection tous ces phénomènes avaient été en s'aggravant; je crus à l'opportunité d'une intervention et je fixai celle-ci pour le surlendemain 26 juillet au matin.

Tout était prêt pour l'opération quand, le matin même du jour où je devais la pratiquer, je trouvai le malade sans fièvre, ne souffrant plus et se disant complètement soulagé. La douleur à la pression dans la fosse iliaque droite avait très sensiblement diminué, la tuméfaction elle-même paraissait moins considérable. Je résolus de surseoir à l'intervention.

A partir de ce moment le ventre resta souple et indolore, la fièvre, malgré une petite élévation de température quotidienne, le soir, avait presque disparu; mais la tumeur de la fosse iliaque, droite tout en restant plus circonscrite qu'elle n'était au début, persistait, et bientôt j'y pus constater de la fluctuation; aussi, quoiqu'elle fût encore profonde, je résolus d'ouvrir la collection qui s'était produite.

Cette fois encore, le jour même où j'arrivais pour pratiquer l'incision de la fosse iliaque, l'on me dit que le malade avait rendu dans la nuit plusieurs selles contenant une grande quantité de pus. Je constatai en effet la présence de pus dans les garde-robes et une modification très notable dans les caractères de la tumeur iliaque, molle, dépressible et très réduite de volume. Il était certain qu'une collection péri-cæcale s'était ouverte et était en train de s'évacuer par l'intestin : une seconde fois je dus différer l'intervention.

Les jours suivants la tuméfaction iliaque diminua graduellement et très rapidement de volume; les selles renfermaient chaque jour du pus, mais toujours en moindre quantité. Vers le 15 août elles n'en présentèrent plus trace; à ce moment l'induration dans la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade de Fallope, avait au plus le volume d'une noisette; elle était dure et un peu mobile : je la considérai comme constituée par l'appendice plein de matières. A ce moment il fut question d'aller à la recherche de l'appendice et de procéder à son extirpation pour éviter au malade le retour de semblables accidents; la détermination à prendre sur ce point fut différée; mais quand, au bout de deux mois, le jeune homme revint de vacances, la tumeur iliaque avait si complètement disparu, les douleurs même, à la suite de marches et d'exercices assez prolongés, faisaient à tel point défaut, que je ne jugeai plus qu'il y eût lieu de donner suite à cette idée.

Tout cet hiver mon ex-malade a vécu comme tout le monde et même mieux, menant deux chevaux, dansant souvent toute la nuit, ne se privant d'aucun écart de régime, sans en ressentir jamais le moindre inconvénient; et j'ai pu de nouveau constater l'absence de toute tuméfaction et de toute sensibilité au niveau du cæcum et de son appendice.

Les deux derniers faits que j'ai à vous citer appartiennent à une autre variété d'appendicite. Il s'agit d'appendicites qui n'ont présenté qu'une seule poussée et dans lesquelles la résolution spontanée s'est opérée, quoique, dans un de ces cas, l'incision eût été considérée comme opportune par un de nos collègues.

Obs. III. — Il s'agit d'un négociant qui était atteint d'une pérityphlite sérieuse; un chirurgien, appelé en consultation, avait jugé

l'intervention chirurgicale opportune; et comme le malade s'y refusait et que le médecin était incertain, j'avais été appelé pour donner mon avis.

Je trouvai le malade fumant un cigare dans son lit, n'ayant plus ni fièvre, ni malaise, mais présentant encore dans la fosse iliaque droite une tumeur volumineuse et assez sensible, quoiqu'elle ne fut nullement fluctuante. En présence de l'amélioration manifeste de l'état général, nous convînmes de remettre à deux jours la détermination. Deux jours plus tard, la marche vers la résolution s'était tellement accentuée, la tumeur elle-même avait si manifestement diminué, qu'il ne pouvait plus être question d'une opération. Le malade guérit en très peu de temps d'une manière complète : il n'a plus eu de nouvelle poussée depuis lors.

Obs. IV. — Elle a trait à un jeune garçon de 15 ans environ qui fut reçu à Hertford British Hospital pour une pérityphlite assez intense, avec tumeur iliaque, fièvre intense, vomissements. Soumis au traitement médical par mon collègue M. le Dr Faure Miller, il s'améliora bientôt, la fièvre décrut graduellement et la tumeur, d'abord diffuse et empâtée, se réduisit à une induration bien circonscrite, allongée, parallèle à l'arcade de Fallope, que l'on pouvait nettement déterminer par la palpation. Il restait toujours à ce niveau de la douleur, et un certain degré d'état fébrile persistait encore lorsque, quinze jours environ après l'admission de ce jeune garçon à l'hôpital, il sentit un soulagement subit et rendit peu après, dans les garde-robes, une petite concrétion stercorale, dure et fort ancienne, du volume d'une noisette. Aussitôt la fièvre cessa ainsi que la douleur du ventre, et quand je revis le malade, au bout de quelques jours, je ne trouvai plus trace de tumeur ni de sensibilité dans la fosse iliaque. Le calcul stercoral qui, par sa présence dans l'appendice, déterminait les accidents avait évidemment été évacué.

Dans une précédente communication, j'avais déjà cité quelques observations d'appendicites très menaçantes qui s'étaient terminées par une guérison complète; je pourrais y ajouter la mention d'un cas tout récemment observé par moi, dans lequel l'affection, caractérisée par une tumeur péri- ou plutôt rétro-cæcale très considérable, par des douleurs vives, par une fièvre intense, entra spontanément en résolution au moment où l'intervention chirurgicale paraissait imminente.

De tous ces souvenirs il me paraît ressortir que, dans un nombre de cas très considérable, l'appendicite ou la pérityphlite, après avoir présenté des phénomènes menaçants, entre en résolution spontanément, ou sous l'influence du repos, de la diète et des traitements médicaux; que cette résolution peut être complète et mener à une guérison définitive, même lorsqu'il y avait eu aupa-

ravant un certain nombre de rechutes à des intervalles plus ou moins courts.

Je ne crois donc pas que dans le traitement de cette affection il faille se rattacher à une intervention précoce et en quelque sorte préventive, en dehors de deux cas parfaitement déterminés, qui sont : 1° l'existence de phénomènes de péritonite circonscrite ou généralisée pouvant faire craindre une perforation de l'appendicite; 2° la certitude de la suppuration annoncée par les caractères locaux et l'état général, qui révèlent la formation d'une collection.

En l'absence des signes qui indiquent ce double mode d'évolution de l'appendicite, je suis donc plutôt disposé à incliner vers l'expectation et le traitement médical.

Quant à la pratique qui consiste à rechercher et à extirper à *froid* l'appendice, dans l'intervalle des crises d'appendicite, pour éviter de nouveaux retours des accidents, les observations que je viens de vous signaler, et où des appendicites récidivantes se sont terminées par une guérison durable, me semblent devoir être invoquées entre elles, avec d'autant plus de raison que la recherche et l'extirpation de l'appendice est une opération d'un réussite toujours douteuse, et que les cas présents montrent qu'elle n'est pas aussi nécessaire que le prétendent ceux qui en prescrivent l'emploi.

M. Richelot. L'opinion se fait peu à peu sur les lésions inflammatoires du cæcum et de l'appendice vermiculaire, et certaines erreurs de détail sont démenties par une observation plus attentive.

Ainsi, on avait dit que les abcès de la fosse iliaque droite ne pouvaient résulter que d'une perforation. Mais des faits déjà nombreux, comme l'a rappelé Reclus dans son dernier rapport, montrent qu'il n'en est rien. Je vous ai donné, en octobre 1890, l'observation d'une jeune fille dont l'appendice gorgé de pus et parfaitement clos était accolé aux annexes de l'utérus et simulait un pyo-salpinx ; tout à l'heure je vous montrerai que la péritonite généralisée elle-même peut avoir pour point de départ un appendice enflammé sans perforation.

Il ne faut pas davantage accepter sans réserve l'opinion qui, oubliant le rôle du cæcum, ne voit partout que l'appendice et l'appendicite, avec les corps étrangers, les matières venues de l'intestin, la distension ou l'ulcération des parois. Ce petit organe n'est pas toujours en cause ; le cæcum peut être seul malade, ou tous les deux en même temps. Et parmi les lésions qui les atteignent ensemble ou séparément, il en faut noter une que nous avons

d'abord négligée et dont quelques exemples viennent de surgir tout à coup : la tuberculose.

Je dis qu'elle a été négligée, bien que la typhlite tuberculeuse ait été vue déjà anciennement par Blatin, Duguet, etc. Dans le *Traité de la phtisie pulmonaire* d'Hérard, Cornil et Hanot, on trouve notée la participation de l'appareil lymphoïde du cæcum et de l'appendice dans le processus tuberculeux, et l'infiltration du tissu conjonctif par des cellules embryonnaires parsemées de granulations.

Mais les chirurgiens n'ont guère vu ces lésions. Anglais et Américains ont opéré un grand nombre d'appendicites chroniques ; Trèves, Norman Bridge (*Med. News*, mai 1890), qui attaquent systématiquement tous les cas à répétition, Elliot (*Am. journ. of med. Science*, juin 1891), Dennis (*Med. News*, 1891), écrivant sur l'appendicite à rechute, ne parlent pas d'intervention dans la typhlite tuberculeuse ; même silence de Kümmel et d'autres au Congrès de Berlin (1890). Il y a deux ans, notre Société de chirurgie n'en a pas soufflé mot.

Voici, cependant, que le 24 février dernier, la discussion s'engage de nouveau, et Terrier mentionne deux faits qui se rattachent à la tuberculose ; Broca reprend la question dans un article de la *Gazette hebdomadaire* (27 février) ; Bouilly rappelle deux cas de sa pratique (2 mars). Roux (de Lausanne), dans sa dernière contribution au *Traitement chirurgical de la pérityphlite suppurée*, connaît la tuberculose du cæcum et en donne trois exemples. D'après les recherches récentes de Pilliet et Hartmann, la paroi du cæcum est épaisse et rigide ; la muqueuse est atteinte d'une ulcération à bords indurés, serpigineux, s'arrêtant plus ou moins haut sur le côlon et reposant sur un chorion très épaissi, entouré lui-même de fibres musculaires hypertrophiées. La paroi intestinale, dont la section est d'un gris blanchâtre, forme une tumeur d'autant plus volumineuse qu'il se dépose autour du cæcum une masse scléro-adipeuse épaisse et résistante. Histologiquement, les lésions rappellent les caractères du lupus.

Ce qui ressort de ces nouvelles observations, c'est que le diagnostic est fort difficile, qu'on peut prendre pour un sarcome (Terrier, Bouilly) certaines tuberculoses du cæcum formant de grosses tumeurs, et cela à l'examen clinique, pendant l'opération, voire même à un premier examen histologique (Pilliet) ; enfin, que de rares chirurgiens ont été amenés à faire l'enterectomie pour des lésions généralement étendues et complexes.

A mon tour, j'ai quelques faits personnels à vous rapporter. Et d'abord, j'incline à croire que la lésion tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le dit. Je ne suis pas sûr que nombre d'auteurs,

croyant opérer des appendicites ou des pérityphlites vulgaires, n'aient pas méconnu leur véritable nature ; et cela n'aurait rien d'étonnant, car dans beaucoup de cas on ouvre un abcès sans rien voir, sans trouver ni même chercher l'appendice, sans pouvoir explorer minutieusement la paroi cæcale. Lasègue disait, paraît-il, que la pérityphlite à répétitions devait éveiller l'idée de la tuberculose.

Pour mon compte, j'ai vu des malades qui avaient bien nettement des lésions inflammatoires banales ; j'en ai vu d'autres qui, en relisant les détails de leur observation, me paraissent au moins suspects ; enfin, j'ai touché du doigt la typhlite tuberculeuse. J'ai rencontré deux fois une forme très spéciale, peu avancée, bien circonscrite, ne répondant pas du tout, par son aspect et son étendue, à la description de Pilliet ni aux faits d'enterectomie que j'ai rappelés tout à l'heure, encore moins aux cas d'ulcérations tuberculeuses qu'on trouve, pendant l'évolution de la phtisie pulmonaire, répandues à la fois dans le cæcum et dans l'intestin grêle, avec des symptômes graves, diarrhée, amaigrissement, qui révèlent des lésions diffuses. Cette forme limitée et relativement bénigne est d'un diagnostic difficile, mais elle me paraît très justiciable d'une intervention hardie.

Je n'ai pas pris la typhlite tuberculeuse pour du cancer, mais j'ai commis l'erreur inverse dans un cas bien exceptionnel : épithéliome très limité, avec perforation du cæcum et abcès pariétal, chez une jeune fille de 19 ans. J'ai vu encore un névropathe qui présentait les signes d'un appendicite et qui n'avait pas de lésions. Enfin j'ai opéré, croyant à un épiplocèle, une appendicite plongée au milieu des bourses, au-dessous d'une hernie du cæcum.

Tels sont les faits que je vais passer rapidement en revue, un peu effrayé, je l'avoue, des détails nouveaux qui surgissent et des points nombreux qui sont encore obscurs dans cette vieille question.

I. — Il s'agit bien d'une appencidite vulgaire dans un fait que je vous ai déjà rapporté sommairement en octobre 1890 : un homme de 30 ans est pris tout à coup de fièvre, de douleur vive, de ballonnement, etc. On cherche le diagnostic et on temporise pendant huit jours ; puis il entre à l'hôpital Tenon et meurt en arrivant. A l'autopsie, péritonite généralisée et perforation de l'appendice.

II. — Même diagnostic, posé *de visu*, chez un homme de 38 ans qui entra dans mon service le 25 décembre 1890 et y fut opéré le lendemain. Il avait, depuis un an, des malaises intestinaux, constipation et douleur, presque tous les mois. Le 24 décembre, douleur diffuse un peu plus marquée à droite, ballonnement, consti-

pation absolue ; à l'entrée du malade, je pense d'abord à des phénomènes d'occlusion, je soupçonne l'appendicite à cause du siège principal de la douleur, et trouvant que le malade est dans un état grave, mais que d'autre part le pouls et le facies ne sont pas de mauvais augure, je me décide à une intervention rapide (laparotomio médiane). Je trouve une péritonite généralisée ; toutes les anses de l'intestin grêle sont rouges, congestionnées, agglutinées entre elles par des adhérences molles, couvertes çà et là de fausses membranes étalées comme des nappes de pus concret. Rougeur et adhérences augmentent à mesure que j'approche de la fosse iliaque droite, où me conduisent des fausses membranes puriformes de plus en plus confluentes. Enfin, j'arrive sur un appendice énorme, de la grosseur du doigt, collé sur la partie antérieure et externe du cæcum ; je le résèque après l'avoir lié à sa base. Il a une paroi épaisse et contient un peu de liquide muqueux ; mais on ne trouve ni corps étranger ni ulcération. Plongé au milieu des anses les plus adhérentes et les plus congestionnées, il est le centre et bien certainement le point de départ de l'inflammation péritonéale ; néanmoins, sa paroi est intacte et n'offre aucune trace de perforation. Lavage prolongé de tout l'intestin grêle avec plusieurs litres d'eau bouillie salée ; je laisse un drain au milieu des anses qui entourent le cæcum, sortant par la partie inférieure de la plaie. Ablation du drain le 1er janvier 1891. La température s'étant élevée quelques jours après, j'incise de nouveau sur la cicatrice ; il coule un peu de pus qui paraît venir de la paroi. Mais comme l'orifice du drain s'est fermée rapidement, je tiens à m'assurer qu'il n'y a pas de suppuration retenue dans l'abdomen, je pénètre encore dans le péritoine, j'explore avec le doigt sans rien trouver et je laisse un nouveau drain. Après cette deuxième laparotomie, la fièvre tombe et le malade est bientôt guéri. Je l'ai revu plusieurs fois dans le courant de l'année, toujours bien portant ; c'est un exemple intéressant de péritonite généralisée à la suite d'une appendicite sans perforation, et de péritonite grave guérie par l'intervention chirurgicale.

III. — L'appendicite vulgaire est déjà un peu moins certaine dans un troisième fait : garçon de 19 ans, opéré le 4 novembre 1891. Non que j'y voie des signes de tuberculose, car le malade a bonne apparence, il n'a pas de mauvais antécédents, et les symptômes ont éclaté brusquement il y a douze jours, à la suite d'une constipation prolongée : douleurs vives à droite, irradiées à tout l'abdomen ; vomissements, puis diarrhée verdâtre ; température, 40° le soir. Tumeur fluctuante faisant bomber la fosse iliaque ; une incision latérale donne issue à une grande quantité de pus fétide, et je

me trouve dans un foyer qui entoure le cæcum et plonge dans la cavité pelvienne. Le gros intestin est entièrement voilé par la « membrane pyogénique », qui tapisse sa demi-circonférence antérieure ; après l'évacuation, il fait saillie et se rapproche de la paroi abdominale. Je ne vois en aucun point la surface intestinale à nu, mon doigt ne trouve rien qui ressemble à l'appendice, aucune saillie, aucune perforation, partout une paroi continue, une cavité close. Je lave au sublimé, et je laisse deux gros drains ; à la fin de novembre, tout est comblé, la santé est rétablie et je garde le malade en observation jusqu'au milieu de février 1892. C'était bien là une pérityphlite à marche aiguë, et rien ne prouve qu'elle ne fût pas simplement inflammatoire ; cependant, je n'ai vu ni la paroi cæcale, ni l'appendice ; l'origine précise de l'abcès m'est restée inconnue, et je ne puis rien affirmer quant à la nature des lésions.

Voici maintenant des cas très suspects :

IV. — C'est d'abord le cas d'Irma R..., jeune fille de 18 ans dont je vous ai raconté l'histoire en 1890, et chez laquelle j'avais pris une appendicite pour une lésion des annexes droites ; jeune fille pâle, à cheveux roux, toussant un peu l'hiver et pouvant bien passer pour une candidate à la tuberculose. L'appendice, oblitéré du côté du cæcum, sans perforation, sans corps étranger, était rempli d'un pus grisâtre, et sa paroi renfermait çà et là de petits points blancs. Malheureusement, l'examen histologique et bactériologique n'a pas été fait. J'en suis donc, ici encore, réduit à une hypothèse ; mais l'examen à l'œil nu la rend assez plausible.

V. — Je me défie au moins autant d'un garçon de 18 ans opéré le 20 février 1889 par mon interne Debayle. Entré dans un service de médecine en septembre 1888 pour des douleurs abdominales, sorti le mois suivant, revenu le 1er février dans le même service, et traité d'abord par les vésicatoires et les pointes de feu, il passe bientôt en chirurgie, et l'incision iliaque donne issue à 200 grammes de pus. Le doigt pénètre dans un large foyer traversé par des brides. Quelques jours après, vomissements, légère hypothermie, facies péritonéal, issue de matières fécaloïdes et suppuration abondante. Les matières cessent de couler et la suppuration diminue à partir du 20 mars, l'état général se relève, et le malade nous quitte le 6 mai bien portant, mais ayant encore une fistulette au-dessus de l'arcade crurale. J'ignore ce qu'il est devenu ; c'était un garçon chétif, blafard, dont la mère avait des hémoptysies, et je le considère, sans preuves absolues, comme un tuberculeux.

VI. — De tous les cas où j'ai pu soupçonner, sans la voir, la

typhlite tuberculeuse, le plus net est celui-ci. C'est encore une vieille histoire, citée dans nos séances du 12 décembre 1888 et du 15 octobre 1890 : jeune fille de 20 ans, ayant eu sa première poussée de « pérityphlite » en avril 1887, avec douleurs vives à droite, vomissements, fièvre, diarrhée abondante. Pendant une année, plusieurs séjours à l'hôpital ; les douleurs se réveillent à chaque instant. En avril 1888, je la vois souffrant toujours, et je lui trouve dans la fosse iliaque une petite tumeur allongée, lisse, profonde, sensible à la pression. Laparotomie exploratrice : intégrité des annexes et du péritoine, aspect normal du cæcum, appliqué à la fosse iliaque et dépourvu de méso ; l'appendice est invisible. Améliorée, je ne sais pourquoi, après cette incision, la malade put travailler comme infirmière à l'hôpital Tenon ; mais elle eut encore des poussées douloureuses. Je ne la perdis pas de vue lorsqu'elle passa à l'hôpital de Lourcine, où elle est aujourd'hui suppléante dans le service de Pozzi. De temps à autre, elle était obligée de garder le repos ; elle avait quelques troubles intestinaux et surtout des constipations difficiles à vaincre ; on lui trouvait encore une petite tuméfaction iliaque, évidemment cachée derrière le cæcum, où je n'avais pu la découvrir. Un jour, elle eut une bronchite grave et maigrit beaucoup. Lorsque je la vis quelque temps après, elle avait mauvaise mine et, aux sommets des poumons, des signes non douteux de tuberculose ; son côté droit la faisait encore souffrir par intermittences. Elle se rétablit néanmoins, continua à travailler, se maria, eut une grossesse normale et un accouchement heureux. Aujourd'hui, sa fosse iliaque est en meilleur état et la laisse à peu près tranquille ; sa santé n'est pas mauvaise.

Un tuberculeux, sans doute, peut avoir une appendicite de cause banale ; néanmoins, considérant l'évolution de la maladie, j'ai ici plus que des présomptions vagues, et je pose le diagnostic de typhlite ou d'appendicite tuberculeuse, bien que la preuve anatomique fasse encore défaut.

J'ai dit que deux fois cette preuve m'était venue entre les mains ; il me reste à rapporter ces deux exemples, qui sont intéressants au point de vue du diagnostic et de l'intervention chirurgicale.

VII. — Jules B..., 28 ans, a depuis plusieurs mois des alternatives de constipation et de diarrhée, et de temps à autre il éprouve des douleurs dans la fosse iliaque droite. Tous les mois, ou peu s'en faut, il est obligé de garder le lit pendant plusieurs jours, et cette exacerbation coïncide avec un léger mouvement fébrile. Entré à l'hôpital Tenon le 3 janvier 1891, je lui trouve dans la

fosse iliaque une tumeur bosselée et dure, qui paraît grosse comme un petit œuf et adhère profondément ; il a bonne apparence, mais l'auscultation révèle de légers craquements aux deux sommets. Nous pensons à l'appendicite simple, à la typhlite tuberculeuse ; mais j'incline à admettre une dégénérescence tuberculeuse des ganglions iliaques, si bien que, le 19 janvier, par une incision curviligne commençant au-dessus de l'épine iliaque et finissant au milieu de l'arcade crurale, je vais à la recherche des ganglions en décollant le péritoine. Je ne trouve pas de ganglions, mais, arrivé au niveau du psoas, je sens la tumeur à travers le péritoine, et je vois que pour la découvrir il faut pénétrer dans la séreuse. Ayant fait une boutonnière suffisante, je tombe sur l'appendice adhérent, épaissi ; je le détache peu à peu et je le résèque au voisinage de l'intestin ; puis je ferme l'orifice intestinal par un triple surjet à la soie fine, prenant successivement les trois tuniques muqueuse, musculeuse et péritonéale. Cela fait, j'explore le cæcum, et j'y trouve, en arrière de l'appendice, une plaque indurée, jaunâtre, large comme une pièce de deux francs : c'est un foyer tuberculeux occupant l'épaisseur de la paroi. Après avoir circonscrit la portion d'intestin malade par deux pinces à mors flexibles — une certaine épaisseur de gaze iodoformée protégeant les tuniques — j'entreprends l'extirpation intégrale de ce foyer. Dissection attentive et laborieuse ; dans un point, la masse tuberculeuse pénètre si profondément qu'il faut ouvrir le cæcum en réséquant une portion de muqueuse large comme une pièce de cinquante centimes. Ensuite, je répare la perte de substance par quatre plans de suture à la soie fine, les deux premiers sur la muqueuse et la musculeuse, les deux derniers sur la tunique péritonéale ; les dimensions du cæcum me permettent d'obtenir ce large affrontement sans rétrécir notablement sa cavité. La réduction de l'intestin et la suture en étages de la paroi abdominale terminent l'opération, qui n'a pas duré moins de deux heures.

Les suites ont été fort simples, et l'opéré, que j'ai revu souvent depuis sa guérison, est toujours en parfait état.

VIII. — Jacques R..., 20 ans, est un grand buveur d'absinthe. Depuis quelques mois, il a beaucoup maigri, ses forces diminuent, son appétit est nul. Mais il ne tousse pas, et l'examen de ses poumons ne révèle pas de signes de tuberculose. Il y a trois ans, il fut pris tout à coup de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, avec fièvre et constipation ; tout disparut après quelques jours de repos. Au printemps de 1890, mêmes accidents qui s'amendèrent de la même façon. Enfin, le 10 juin 1891, après de grands efforts pour soulever un fardeau, douleur iliaque violente qui l'oblige à

cesser tout travail et à garder le lit; coliques sans diarrhée et vomissements; le 13, il vient à l'hôpital, sans fièvre, mais continuant à souffrir. On sent dans la fosse iliaque une petite tumeur dure, allongée verticalement, au niveau même du cæcum; aucun empâtement inflammatoire ne l'entoure. Le diagnostic qui se présente à l'esprit est celui d'appendicite à rechutes; pour préciser davantage, et par analogie avec les faits déjà vus, typhlite tuberculeuse.

Je fais, le 24 juin 1891, une incision analogue à celle de la ligature de l'iliaque interne; j'arrive, couche par couche, sur le péritoine épaissi, à travers lequel je sens la tumeur qui adhère à sa face profonde. Dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, j'ouvre le péritoine avec beaucoup de prudence, pour ne pas blesser la paroi intestinale; celle-ci étant mise à nu, je la décolle avec le doigt, j'agrandis la boutonnière péritonéale, et j'attire le cæcum au dehors. Il vient avec la fin de l'intestin grêle et une portion d'épiploon adhérente, que je résèque après ligature et qui rentre dans l'abdomen; puis je dispose autour de l'intestin quelques éponges montées, et je place les pinces à mors flexibles sur le cæcum au-dessus de la tumeur et au-dessous d'elle sur l'iléon. Cette tumeur est un noyau dur incorporé à la paroi cæcale au niveau même de l'abouchement de l'intestin grêle et empiétant sur lui. J'entreprends la dissection, je reconnais et j'isole peu à peu un foyer tuberculeux qui pénètre profondément entre les tuniques; je ne vois rien qui ressemble à l'appendice, caché sans doute derrière le cæcum. J'enlève d'abord la partie du foyer qui envahit l'intestin grêle, j'amincis sa paroi sans compromettre beaucoup sa solidité, dans une largeur de 2 centimètres environ, je nettoie bien la surface cruentée avec la curette, puis j'attaque le noyau principal. Ici, la paroi est creusée profondément dans une étendue de 3 centimètres sur 4, et réduite à la seule muqueuse sur 1 centimètre carré. En aucun point la cavité intestinale n'est ouverte; mais, comme l'amincissement est considérable, je dois reconstituer la paroi après avoir touché la perte de substance avec la solution phéniquée forte. Je fais des sutures à la soie fine, en suivant les sinuosités de la plaie et en fronçant l'intestin, assez large pour me laisser faire plusieurs étages. Enfin le cæcum est réduit et la plaie abdominale fermée. Les suites de l'opération, qui a duré une heure et demie, ne valent pas d'être notées; l'apyrexie est complète et la guérison rapide; le malade a été revu, bien portant et sans aucune douleur, jusqu'au mois de février 1892.

Voilà deux faits bien démonstratifs, mais à vrai dire exceptionnels. Cette localisation parfaite, chez des hommes bien portants d'ailleurs ou à peine soupçonnés d'être tuberculeux, se voit rare-

ment en clinique ; peut-être l'aurait-on vue dans bien des cas analogues qu'on n'a pas opérés. Mon interne Morestin l'a rencontré par hasard dans un troisième cas, en assistant à l'autopsie du nommé S..., mort d'une maladie intercurrente dans le service de Cuffer, à l'hôpital Tenon ; un foyer tuberculeux occupait les deux derniers centimètres de l'appendice vermiculaire, et le reste de l'intestin ne présentait aucune lésion. En tous cas, dans les conditions que j'ai vues, c'est-à-dire en dehors de toute lésion diffuse de l'intestin et d'une tuberculose pulmonaire confirmée, le diagnostic me paraît bien difficile ; et, cependant, il serait fort intéressant de le porter avec quelque certitude, car il peut mener, comme on le voit, à une intervention très heureuse, et il y mènerait sans doute pour un certain nombre de ces coliques appendiculaires ou pérityphlites à répétitions dont la marche est insidieuse, et devant lesquelles le chirurgien n'a pas encore une ligne de conduite bien tracée.

Pour vous montrer mieux encore les difficultés de ce diagnostic, je continue la série des observations que je vous ai annoncées tout à l'heure.

IX. — Et d'abord, l'observation de la jeune fille de 19 ans, Marie C..., chez laquelle j'ai pris un épithéliome très limité pour une typhlite tuberculeuse. Il faut avouer que l'erreur était pardonnable.

Elle entre à l'hôpital Tenon le 14 février 1891, venant de l'Hôtel-Dieu. Elle a eu, le 7 décembre 1890, une douleur subite et violente dans la fosse iliaque droite, avec fièvre, constipation, vomissements ; les phénomènes se sont amendés au bout de quelques jours, mais elle conserve une tumeur qu'on dit être une pérityphlite. Je constate, en effet, tout en haut de la fosse iliaque, une tumeur dure, non fluctuante, grosse comme un œuf de dinde, et très peu sensible à la pression. La malade ne souffre plus, ou à peine; l'état général n'est pas mauvais; je ne puis même démontrer que cette tumeur adhère à la paroi abdominale, et je me déclare incapable de formuler un diagnostic. S'agit-il d'une pérityphlite ? c'est possible ; est-elle tuberculeuse ? peut-être, mais je n'ai aucun élément d'affirmation.

Laparotomie le 21 février 1891. L'incision est faite sur la ligne médiane, à cause de l'incertitude qui règne sur le diagnostic, et notamment sur les rapports de la tumeur avec la paroi abdominale. Je découvre, à droite de mon incision, une masse épiploïque adhérente à la paroi et paraissant envelopper la tumeur, qui elle-même fait corps avec la face profonde du muscle droit. Craignant d'avoir quelque difficulté à traverser la masse épiploïque, je prends le

parti de décoller le péritoine pariétal dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, et bientôt mon doigt pénètre dans un foyer situé entre le péritoine et la couche musculaire, d'où s'échappe un flot de pus grisâtre et fétide. Ce foyer pariétal est évacué, nettoyé, râclé à la curette, et je m'aperçois bientôt qu'il communique par une ouverture du péritoine avec un autre foyer plus petit limité en arrière par le cæcum, dont la paroi est malade. Je n'ai plus qu'à détruire les adhérences qui retiennent l'intestin dans la fosse iliaque, pour l'attirer au dehors, l'examiner, et traiter à loisir la lésion qui est l'origine de l'abcès. Le cæcum est ainsi décollé peu à peu, amené dans l'aire de la plaie abdominale et entouré d'éponges montées; l'appendice, à peu près sain à sa base, mais enflammé et adhérent par son extrémité libre à la paroi cæcale, est réséqué, et l'orifice de communication suturé à la soie fine. Enfin la lésion apparaît nettement, et je l'attaque, après avoir saisi l'intestin avec les pinces à mors flexibles. J'ai sous les yeux une plaque indurée occupant 3 centimètres environ de la paroi intestinale, foyer ramolli au centre et d'uno consistance lardacée à la périphérie. Le mot *lardacé* est écrit dans les notes que j'ai prises le lendemain même de l'opération ; bien que cette consistance m'cût frappé, je croyais avoir affaire à une lésion tuberculeuse.

Une dissection attentive, comme dans les deux cas précédents, me permit d'enlever toutes les parties dures ou ramollies; je trouvai la muqueuse ulcérée dans la même étendue, et je pénétrai largement dans la cavité du cæcum. Puis je réparai la brèche avec trois étages de soie fine, non sans avoir enlevé d'abord deux petits ganglions, également durs et lardacés, compris dans le méso-cæcum.

L'opération terminée, je lavai très soigneusement le foyer péritonéal, et, après avoir réduit le cæcum et disposé l'épiploon de manière à protéger la masse de l'intestin grêle, je laissai trois tubes qui plongeaient dans l'abcès pariétal, dans la fosse iliaque et dans le petit bassin. Malgré ces précautions, l'opération n'eut pas l'issue favorable que j'espérais ; la malade eut d'abord un bon facies, un bon pouls et une température normale, mais elle monta à 39° dès le soir du second jour ; une suppuration fétide s'établit, avec diarrhée, délire, température élevée. Malgré tous nos soins, la malade s'affaiblit de jour en jour ; le 5 mars, la plaie donnait issue à des gaz et à des matières intestinales, et le 12, elle succombait aux progrès de la septicémie.

Mon interne Aucher a recueilli les deux ganglions et la plaque indurée de la paroi intestinale ; les préparations qu'il a faites et qu'il conserve démontrent qu'il s'agit là d'un épithéliome tubulé. On ne pouvait guère s'en douter *a priori*. Sans doute, ce cancer

très limité fût resté longtemps encore sans faire parler de lui, si sa présence n'avait déterminé une phlegmasie péritonéale et un abcès dont les symptômes éclatèrent brusquement en décembre 1890. C'est l'abcès, et non le cancer, qui a provoqué notre intervention. Et je regrette bien vivement que la désinfection de ce foyer ne m'ait pas été possible, car l'évolution inattendue de la lésion intestinale aurait pu être ici le point de départ d'une véritable guérison.

X. — L'erreur de diagnostic était, je crois, aussi inévitable chez un homme de 30 ans que j'opérai le 18 novembre 1891. Il avait eu sa première crise de douleur il y a quatre ans ; et depuis cette époque, les crises se renouvelaient plus ou moins violentes, environ tous les mois. Cet homme, dont la santé générale semblait excellente, se plaignait beaucoup et réclamait vivement une opération. C'était un névropathe, qui nous paraissait bien obéir à une idée fixe ; mais il n'en avait pas moins une vive sensibilité à la pression dans la fosse iliaque, et on lui sentait une petite tumeur dure, allongée, glissant sous le doigt, pouvant très bien passer pour un appendice augmenté de volume. Mon collègue Brault l'avait eu dans son service et me l'adressait comme atteint bien évidemment de « coliques appendiculaires ». Devant l'intensité, la persistance des douleurs et la fréquence des répétitions, je n'hésitai pas à intervenir. Or je trouvai, par une laparotomie médiane, un cæcum intact et dépourvu de lésions, mobile et sans adhérences ; un appendice de volume insignifiant, un vestige d'organe ne portant lui-même aucune altération et ne pouvant rien contenir d'anormal ; pour expliquer la petite tumeur dure sentie à travers la paroi, le relief de l'artère iliaque... Je refermai le ventre après cette exploration, j'attendis, et quand la période opératoire fut passée, le malade nous quitta toujours bien portant, mais déclarant que sa douleur était revenue et que nous n'avions pas réussi.

XI. — Enfin, le 7 mars 1892, chez un homme de 70 ans, j'opérais une hernie inguinale droite survenue en 1871, augmentée de volume et devenue irréductible quinze jours avant l'entrée du malade. Diagnostic : épiplocèle enflammée, adhérente, grosse comme un œuf, occupant la moitié supérieure du scrotum. Après l'incision, j'ouvre à l'extrémité supérieure de la masse dure un sac herniaire, où je reconnais sans peine le cæcum, entouré seulement dans sa demi-circonférence antérieure par l'enveloppe péritonéale. Ma prétendue épiplocèle est extérieure au sac et lui fait suite immédiatement ; c'est un gros épaississement du tissu cellulaire des bourses, appendu au cæcum et à son revêtement séreux. Je dissèque la masse inflammatoire, je la débarrasse des enve-

loppes du cordon, je sculpte son tissu lardacé, et je trouve au centre l'appendice, très augmenté de volume et ne contenant rien que du mucus dans sa cavité. Je le résèque à sa base, et je ferme l'orifice intestinal par un triple surjet au catgut, prenant les tuniques intestinales et quelques tissus adventices. Je referme le sac péritonéal incomplet, je mobilise le cæcum en plongeant le doigt derrière lui à travers le tissu cellulaire du trajet inguinal, et, après cette manœuvre, cæcum et péritoine sont réduits dans l'abdomen profondément et beaucoup mieux que je ne l'espérais; ce qui me permet d'oblitérer le trajet dans toute sa hauteur par des sutures profondes, comme je le fais toujours, après la résection du sac, dans les hernies ordinaires.

A l'heure où j'écris, mon malade, qui n'a présenté aucun accident, achève sa guérison. Je n'ai rapporté cet exemple qu'à titre de curiosité, pour montrer une des formes cliniques les plus inattendues, sinon les plus graves, que puisse revêtir l'appendicite.

Je n'écrirais plus aujourd'hui, comme je l'ai fait en 1890 : « Le diagnostic n'offre pas, chez l'homme, de bien grosses difficultés ; le point délicat, c'est de juger si on doit s'abstenir, etc. » Il résulte, au contraire, des faits que j'ai observés, que le diagnostic est souvent obscur et nous expose à beaucoup de surprises. Il en résulte aussi, pour moi, que la typhlite tuberculeuse est un peu plus fréquente qu'on ne le dit. Je ne sais dans quelle mesure, et je ne veux rien exagérer; mais, à coup sûr, il faut y penser dans les cas à répétitions.

J'ai attiré surtout votre attention sur une forme très spéciale de tuberculose, nettement localisée en un point du cæcum, donnant lieu à une petite tumeur dure et sans empâtement autour d'elle, provoquant des poussées douloureuses, mais en somme évoluant à froid chez des sujets qui n'ont pas toujours l'apparence de tuberculeux et n'offrent aucun signe de lésions intestinales diffuses. Si on la reconnaît ou si on la devine, il est opportun d'intervenir, et une résection limitée de la paroi cæcale peut donner les meilleurs résultats. L'opération est délicate et laborieuse, mais elle est, sans doute, beaucoup plus sûre que les résections totales d'une portion plus ou moins longue de l'intestin. Les circonstances m'y ont amené sans préméditation, et je l'ai trouvée légitime et salutaire. Entreprise sur les indications qui précèdent, elle peut nous conduire, dans des cas exceptionnels, à enlever de petits cancers au début de leur évolution ; là encore, elle a sa raison d'être et peut nous être utile.

A propos du procès-verbal.

Discussion sur le traitement du spina bifida.

M. Jalaguier. Eugénie-Henriette St... me fut apportée à l'hôpital Trousseau le 16 mai 1889 ; elle était âgée de 10 jours et présentait à la partie inférieure de la nuque une tumeur molle grosse comme un petit œuf de poule, multilobée, vaguement réductible, n'augmentant pas sensiblement par les cris de l'enfant. Les téguments étaient violacés, distendus ; l'implantation se faisait par une large base, sur la ligne médiane, vers les 6e et 7e vertèbres cervicales. Le doigt sentait à ce niveau une dépression, mais pas de véritable orifice. J'hésitais entre un spina bifida et un kyste congénital en rapport avec le canal rachidien. M. Lannelongue, qui voulut bien examiner l'enfant, pencha plutôt vers l'hypothèse d'un lymphangiome. L'enfant, très bien constitué, d'autre part, ne présentait ni paralysie ni contracture.

Le 1er juin, je revis l'enfant ; la tumeur avait beaucoup augmenté, malgré la compression légère à laquelle elle avait été soumise ; son volume était celui d'un gros œuf de dinde ; la peau, très amincie au point culminant, menaçait de se rompre ; on sentait plus nettement l'écartement des arcs vertébraux ; la tumeur était toujours irréductible ; néanmoins, la poche me parut se tendre légèrement au moment des cris. Je revins donc au diagnostic du spina bifida, et je me résolus à intervenir immédiatement.

Opération le 1er juin.—Chloroformisation. Après avoir circonscrit la majeure partie de la tumeur par deux incisions, je me mis en devoir de la disséquer. Il fut nécessaire d'appliquer un grand nombre de pinces hémostatiques. A un moment donné, la poche principale se rompit, et il s'écoula deux ou trois cuillerées à bouche d'un liquide clair, transparent. Cette poche étant largement ouverte, je pus constater qu'elle se prolongeait dans le canal rachidien par un trajet canaliculé admettant à peine une sonde cannelée. Ce trajet était creusé au centre d'un pédicule d'aspect fibreux qui fut facilement isolé et lié aussi profondément que possible avec deux fils de catgut n° 2 passés par transfixion et entre-croisés. Après la section, le moignon disparut dans le canal rachidien. Je pus constater que le pédicule de la tumeur était sorti entre les arcs de la 6e et de la 7e vertèbres cervicales ; ces arcs étaient écartés l'un de l'autre de 1 centimètre et demi, et celui de la 6e vertèbre cervicale, très atrophié à la partie moyenne, ne portait pas d'apophyse épineuse.

L'opération fut terminée par une suture au crin de Florence et par l'application d'un pansement iodoformé. Pas de drainage. L'enfant avait parfaitement supporté l'anesthésie et l'opération.

Le 8 juin, premier pansement. Ablation des sutures. La partie superficielle de la plaie se désunit sans qu'il y ait aucune suppuration.

Le 11 juin, l'écartement des bords de la plaie s'étant encore accru, je place un fil de soutien passé à une grande distance des bords de la plaie.

Le 18 juin, ablation de ce fil. La réunion se maintient.

Le 24 juin, l'enfant est guérie.

Je l'ai revue au mois d'août 1891, c'est-à-dire plus de deux ans après l'opération ; elle allait très bien ; son développement était celui d'un enfant de son âge. On ne sentait plus qu'une minime dépression au niveau des arcs vertébraux.

Je joins à cette observation l'examen anatomique de la pièce, qui a été fait avec le plus grand soin par M. Achard, dont la compétence en pareille matière est bien connue.

La tumeur est formée par une poche principale présentant de nombreux diverticules et de véritables kystes secondaires. Les parois de ces cavités kystiques ont l'aspect microscopique d'une membrane séreuse, affectant en bien des points une disposition réticulée due à l'existence de brides multiples, de cloisons incomplètes, qui divisent les cavités en loges accessoires.

Sur la partie médiane de la poche principale s'étale une bande de substance molle, pulpeuse, demi-transparente, de couleur grisâtre, finement vascularisée et offrant, en somme, à l'œil nu, une grande ressemblance avec la substance grise des circonvolutions du nouveau-né. Elle dessine en quelque sorte le méridien de la poche sphérique et paraît se perdre, au niveau du pôle d'insertion, dans le pédicule de la tumeur. Sa largeur, d'ailleurs variable, est au maximum de 1 centimètre environ, et son épaisseur ne dépasse pas 1 ou 2 millimètres.

Les parois de la poche principale sont fermes et résistantes. D'une façon générale, les cloisons et les parois séreuses de la tumeur sont assez peu vasculaires. Mais, en quelques points, au milieu même de la masse de la tumeur, on observe des dilatations vasculaires très prononcées et de forme sinueuse. On pouvait, d'ailleurs, en constater l'existence extérieurement avant l'opération.

Examen histologique. — La peau qui recouvre la tumeur offre des caractères normaux ; elle est doublée d'un pannicule adipeux sur une grande partie de son étendue.

En quelques points, on remarque déjà dans le derme lui-même des espaces lympathiques très larges. Plus profondément, dans le tissu conjonctif qui forme la masse fondamentale de la tumeur, se trouvent de véritables cavités kystiques, anfractueuses, présentant de nombreux diverticules, et dans l'intérieur desquelles font saillie des bourgeons arrondis contenant quelques vaisseaux. Sur la coupe des petits kystes secondaires, on distingue très nettement la présence d'un revêtement endothélial dont les noyaux font saillie dans la cavité. (L'imprégnation au nitrate d'argent, faite sur les parois des grandes cavités, n'a point fourni d'images nettes; mais il faut noter que la tumeur avait été malaxée pendant et après l'opération, et qu'elle avait subi l'immersion dans l'eau phéniquée.)

Au milieu du tissu conjonctif, formé surtout de faisceaux fibreux, qui constitue la charpente de la tumeur, on observe des fibres musculaires lisses en abondance. Elles apparaissent groupées en amas et entre-croisées d'une façon plexiforme, sans former une couche distincte et continue au pourtour des cavités kystiques. Il existe aussi dans ce tissu conjonctif quelques petits nodules de tissu osseux ; on y distingue des corpuscules étoilés et des canalicules ; ces corpuscules sont disposés concentriquement, mais on ne trouve pas de canal de Havers au centre du nodule, ce qui s'explique par ses faibles dimensions.

En certains points se trouvent des vaisseaux sanguins très multipliés, comme dans un angiome véritable. La paroi de ces vaisseaux est souvent très épaissie et manifestement sclérosée. Quelques-uns de ces vaisseaux sont même complètement oblitérés par des bourgeons d'endartérite.

Enfin, sur la paroi de la cavité principale, il existe une couche de tissu nerveux pourvu de vaisseaux et dont l'évolution ne paraît pas moins avancée que celle de la substance grise du cerveau à l'époque de la naissance. La névroglie de ce tissu a une apparence finement granuleuse et présente, sur les préparations faites par dissociation, des touffes de fibrilles extrêmement ténues. Les cellules de ce tissu nerveux, isolées après fixation par l'alcool au tiers, sont de deux sortes : les unes, plus petites, à prolongements nombreux et délicats, répondent aux cellules de la névroglie; les autres, plus épaisses, à gros noyau, à prolongements plus nettement accusés, répondent aux cellules nerveuses. Ajoutons qu'on distingue dans ce tissu, sur les fragments traités par l'acide osmique, de fins tubes à myéline.

Cette couche nerveuse repose directement sur le tissu conjonctif qui forme la paroi de la loge principale. En quelques points, elle envoie dans sa cavité des bourgeons proéminents. Dans les parties

où cette couche nerveuse est épaisse, elle se dispose sous forme de bandes repliées à la manière de petites circonvolutions. Ces plis sont reliés entre eux par un tissu conjonctif lâche, contenant des vaisseaux nombreux et assez volumineux. En outre, ces replis circonscrivent parfois des espaces lacunaires, de forme triangulaire, non tapissés d'endothélium ni d'épithélium, rappelant l'épendyme.

En résumé, il résulte de cette étude anatomique qu'il s'agit d'une tumeur complexe. Elle est constituée par une poche principale contenant à sa surface interne du tissu nerveux, et le reste de la masse offre la structure variée de l'angiome sanguin et surtout du lymphangiome, avec des fibres musculaires lisses assez abondantes et quelques petits nodules osseux.

Je ferai remarquer enfin que, comme dans les observations qui ont été citées dans la dernière séance par MM. Kirmisson, Terrier, Prengrueber, il y a eu désunion superficielle de la plaie, bien que celle-ci soit restée complètement aseptique. On ne saurait attribuer cet incident au passage du liquide céphalo-rachidien, hypothèse qui a été émise par M. Prengrueber, puisque, dans mon cas, la ligature du pédicule a été hermétique et puisque la réunion s'est faite dans la profondeur ; j'aime mieux croire, jusqu'à plus ample informé, à un état de nutrition particulier des téguments ; peut-être les dilatations lymphatiques existant dans le derme et dans le tissu sous-dermique sont-elles cause de ce défaut de réunion après la suture. J'y crois d'autant plus volontiers que, l'année dernière, j'ai observé ce même échec de la réunion après l'ablation d'un gros lymphangiome de la cuisse. Dans ce cas non plus, il n'y avait pas la moindre trace de suppuration. Il reste à savoir si la structure du lymphangiome se retrouve souvent dans les couches qui constituent les enveloppes d'un spina bifida.

Communication.

Compresse oubliée dans le ventre et sortie spontanément par le rectum, après huit mois de séjour,

Par le Dr E. Pilate (d'Orléans).

Le morceau d'étoffe que je présente à la Société, et qui fait l'objet de cette communication, est une compresse en gaze, oubliée dans le ventre, au cours d'une laparotomie, et sortie spontanément par le rectum, huit mois après l'opération. Un pareil fait est assez rare. Du moins, s'il existe dans l'histoire de la laparotomie un

certain nombre d'oublis de ce genre, arrivés entre les meilleures mains, peu sont publiés, d'autres sont connus seulement de quelques-uns, et inédits; peut-être tous ont amené un dénouement fatal. Aussi plusieurs de nos collègues, que j'ai interrogés à ce sujet, ne connaissent point de cas semblable à celui-ci et m'ont engagé à le communiquer à la Société. En voici l'observation détaillée.

Mme R..., âgée de 42 ans, m'est adressée, au mois de mars 1891, par le Dr Léon Boullet (de Sully-sur-Loire), pour être opérée d'un fibro-myôme utérin devenu assez douloureux, depuis deux ans, pour obliger la malade à cesser toute occupation.

La tumeur remonte jusqu'à l'ombilic. Sa partie inférieure, étroitement enclavée dans le petit bassin, comprime le rectum et la vessie, et refoule en bas le vagin, qui sort en partie au travers de la vulve quand la malade est debout. Les souffrances prolongées et l'alanguissement des fonctions digestives ont causé une notable déperdition des forces. Cependant l'état général reste encore assez bon.

Je pratique l'hystérectomie abdominale le 4 avril, avec le concours du Dr Halma-Grand, du Dr Léon Boullet, et en présence de plusieurs autres de nos confrères. L'extraction de la tumeur, dont le volume représente celui d'une tête de nouveau-né, est rendue difficile à cause de la partie enclavée dans l'excavation pelvienne. Aussi l'incision de la paroi abdominale doit-elle être prolongée à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. Afin d'éviter la sortie des intestins par cette large ouverture, plusieurs compresses-éponges, dont la préparation sera indiquée plus loin, sont de suite placées dans la cavité abdominale, chacune d'elles étant fixée par une pince dorée spéciale; puis, avant de pédiculiser et de sectionner la tumeur, la moitié supérieure de la plaie abdominale est suturée avec plusieurs crins de Florence, ce qui diminue l'étendue du champ opératoire et soustrait les viscères au contact de l'air. La base de la tumeur est alors transpercée par une broche, entourée d'un lien élastique, sectionnée, de façon à ce que le pédicule, réduit à la largeur d'une pièce de 2 francs, soit fixé à l'extérieur. Les compresses-éponges, restées dans la cavité abdominale, sont retirées. La toilette du péritoine est faite avec d'autres compresses semblables, portées par de longues pinces jusqu'au fond du petit bassin. Enfin la suture de la plaie abdominale est achevée. Aucun détail de l'opération n'ayant échappé aux aides ni aux assistants, elle fut considérée par tous comme exécutée sans incident extraordinaire, et personne n'émit le soupçon d'une omission commise.

La malade ne se relève du choc opératoire qu'au bout de quelques heures; elle a ensuite plusieurs vomissements.

Du 2e au 6e jour, les vomissements continuent, quoique peu abondants et peu fréquents; le flanc droit est douloureux, le ventre se ballonne, il y a de la constipation, malgré les purgatifs. La température se maintient élevée entre 37°,5 et 38°,2. Tout cet ensemble indique

d'une manière nette un degré moyen de péritonite, mais pas assez grave pour être regardé comme manifestement septique.

A partir du 6e jour l'amélioration se prononce définitivement, et le rétablissement se fait sans autre incident qu'une légère phlébite du membre inférieur droit, qui dure du 10e au 28e jour.

Au bout d'un mois la partie sphacélée du pédicule est tombée. La plaie se ferme progressivement. L'opérée retourne chez elle à la fin de juin.

En juillet, août, septembre et octobre, Mme R... se considère comme guérie, reprend à peu près sa vie ordinaire, et ne se sent fatiguée que quand elle a travaillé un peu trop fort. Le toucher vaginal, pratiqué six mois après l'opération, montre que le moignon utérin, réduit au col, n'est relié à la cicatrice abdominale que par des liens assez longs et assez souples pour lui avoir permis de reprendre sa place normale et sa mobilité naturelle dans le petit bassin.

Tout semble donc en parfait état. Pourtant déjà, dans le courant du mois d'août, Mme R... fut prise assez subitement de douleurs vives dans la région hépatique, qui furent attribuées à des calculs biliaires et l'obligèrent à interrompre ses occupations pendant trois ou quatre semaines. Elle se rétablit de nouveau; mais c'était là sans doute l'annonce de ce qui va suivre.

En effet, à partir du 22 octobre, six mois et demi après l'opération, la scène change. Le Dr Léon Boullet, qui a repris la direction de la malade, me transmet les renseignements suivants.

Du 22 au 27 octobre, il se montre des douleurs très vives, parfois atroces, ayant débuté vers le creux de l'estomac et retentissant dans la région lombaire. Puis ces douleurs envahissent les deux flancs et finissent par se généraliser. Le ventre devient ballonné; les vomissements sont incessants; il y a de la constipation. Cependant on ne trouve pas de fièvre; le pouls reste à 60, la température à 37°.

Du 27 octobre au 6 novembre, l'état s'aggrave, l'amaigrissement devient grand. La douleur paraît diminuer dans le haut du ventre pour se concentrer dans l'hypogastre et les fosses iliaques. On sent de la tuméfaction à gauche.

Le 12 novembre, appelé auprès de la malade, je la trouve très faible, très amaigrie, ayant le facies grippé, vomissant à peu près tout ce qu'elle prend. Le ventre, quoique ballonné et très sensible, permet cependant de faire la palpation combinée au toucher, et l'on trouve dans le petit bassin, en arrière et sur les côtés du moignon utérin, une série de noyaux ou lobules solides, les uns mobiles, les autres fixes, placés côte à côte, comme s'il s'agissait de la repullulation d'un néoplasme malin. Je doutai donc, à ce moment, de la nature de la tumeur enlevée, et, pour éclaircir ce point, j'en fis faire l'examen histologique par le Dr Gombault, conservateur du musée Dupuytren, qui me rassura, en certifiant qu'elle ne renfermait aucun autre élément que ceux d'un fibro-myôme bien caractérisé.

Mais l'état s'aggravait toujours et la fièvre, apparue seulement depuis peu, commençait à devenir inquiétante, lorsque, le 4 décembre, à la

visite du Dr Boullet, les parents de la malade s'empressèrent de lui montrer avec satisfaction la présente compresse qui venait d'être expulsée par le rectum, englobée dans une grosse masse dure de matière fécale, dont il fut assez difficile de la débarrasser. La surprise fut grande de part et d'autre; mais ce fait expliqua tout ce qui s'était passé depuis un mois et demi et changea le pronostic porté dans ces derniers temps.

En effet, à partir de ce jour, la malade se sentit soulagée, cessa de souffrir et de vomir, recommença à prendre de la nourriture et des forces. Quinze jours après, elle se levait de nouveau, et au bout de trois semaines elle se remettait au travail.

Un an est maintenant écoulé depuis l'opération, et Mme R... a recouvré toute sa santé d'autrefois. Elle a repris ses anciennes habitudes, avec le gros ouvrage de la maison, comme s'il ne lui était rien arrivé. L'examen du ventre ne permet plus de reconnaître aucune trace d'inflammation.

Dans cette observation, trois points principaux doivent être examinés : le fait même de l'oubli d'une compresse dans le ventre, son état d'asepsie, enfin son mode d'élimination.

L'oubli d'une des compresses introduites dans la cavité abdominale ne peut s'expliquer que si la pince spéciale qui retenait cette compresse s'est détachée par l'effet d'un choc non remarqué. Le fait n'est pas impossible pendant une opération compliquée; et c'est probablement par suite d'accidents de ce genre qu'il a été laissé involontairement dans le ventre des pinces, des éponges, des compresses, et cela par les chirurgiens les plus éminents. Si ces exemples peuvent servir d'excuses, ils doivent montrer du moins qu'on ne saurait jamais trop fixer son attention sur les moindres actes opératoires. Dans le cas présent, je pratiquais la laparotomie pour la vingt-sixième fois; j'étais assisté par un confrère expérimenté lui-même dans ce genre d'opérations et m'ayant aidé déjà dans la plupart des laparotomies antérieures. Les médecins présents suivaient l'opération avec attention. Néanmoins l'accident arriva et ne fut remarqué par personne. Depuis ce temps, je fais compter toutes les compresses employées pendant l'opération.

Le second point à noter, c'est que la compresse devait être parfaitement aseptique, pour n'avoir pas entraîné la mort rapidement. Car, si l'on peut expliquer par le phagocytisme l'innocuité de corps étrangers de très petit volume, il serait difficile d'admettre cette explication pour un morceau d'étoffe d'une telle dimension, s'il était septique. Il mesure 26 centimètres de longueur, 16 centimètres de largeur, comprend 4 épaisseurs de gaze; chiffonné, il représente le volume d'un œuf de poule.

Les compresses que j'emploie à la place d'éponges sont antiseptisées de la manière suivante : sur une pièce de gaze prise dans le commerce, on taille les compresses formées chacune de trois ou quatre épaisseurs d'étoffe et bien ourlées. La veille de l'opération, elles sont bouillies d'abord pendant deux heures dans de l'eau alcalinisée au moyen de carbonate de potasse, ce qui fait perdre à l'étoffe son apprêt. On les fait bouillir ensuite pendant le même temps dans de l'eau pure, pour les débarrasser de leur alcalinité. Enfin elles bouillent une troisième fois dans une solution de sublimé à 0,50/1000. Elles restent jusqu'au lendemain matin plongées dans une solution semblable, dont on ne les retire que pour être bien exprimées et mises dans des bocaux fermés, où elles sont prises une à une dans le cours de l'opération. L'antisepsie est donc aussi complète qu'on peut le désirer, et c'est dans ces conditions qu'on peut comprendre un séjour aussi prolongé d'un corps étranger si volumineux dans la cavité abdominale.

Pour expliquer le mécanisme de sa sortie, on peut avoir recours à deux hypothèses.

La première est celle-ci : au moment de la courte et légère péritonite post-opératoire, la compresse aura été entourée d'un exsudat qui l'aura enkystée et lui aura permis de rester longtemps inoffensive. Puis une autre péritonite survient, six mois et demi après, qui se termine par l'expulsion du corps étranger. Il semble naturel de penser que, le voisinage de l'intestin ayant rendu cette compresse septique, il en sera résulté un travail inflammatoire amenant la perforation du gros intestin et le passage du corps étranger de sa loge d'enkystement dans cet intestin.

Une seconde supposition est conciliable aussi avec les faits observés; c'est la migration de la compresse de la région épigastrique dans le petit bassin, où elle aurait déterminé la perforation du rectum. En effet, les compresses mises dans le ventre pour empêcher la sortie des intestins ont été placées plus haut que la tumeur, c'est-à-dire au-dessus de la région ombilicale, par conséquent dans le voisinage de l'estomac et du foie. C'est précisément là qu'ont apparu d'abord les principales douleurs de la première péritonite, puis celles qui, annonçant de loin le travail d'élimination, ont été prises pour des coliques hépatiques. Plus tard, ces douleurs descendirent, et l'on sentit de l'empâtement dans la fosse iliaque gauche, puis on constata la présence d'un corps solide dans le petit bassin, au voisinage du rectum.

Quoi qu'il en soit de ces deux hypothèses, ce qui ne reste guère douteux, c'est que la compresse soit tombée dans une partie du gros intestin et qu'elle y ait séjourné un certain temps, pour être entourée de matière fécale volumineuse et très consistante. De plus,

peur qu'elle ait perforé l'intestin près ou loin de sa première place, il lui a fallu s'enkyster, soit primitivement, soit secondairement, avant de se faire jour dans l'intestin. C'est par un travail analogue que des liens élastiques posés sur l'utérus s'enkystent d'abord et sortent ensuite par le vagin. D'autres fois on voit des fils à ligatures, voisins de l'incision abdominale, se séparer de la cavité péritonéale, former un abcès de la paroi et se faire jour au dehors. Sans cet enkystement préalable, le corps étranger resterait indéfiniment dans la cavité péritonéale, ou bien la perforation des organes voisins entraînerait une péritonite fatalement mortelle.

Pour compléter les renseignements, il resterait encore à savoir ce qu'est devenue l'ouverture faite au gros intestin, comment elle s'est oblitérée, quelles modifications peuvent en résulter pour l'intestin, dans son calibre et dans ses rapports avec les organes voisins. Il est probable que les organes intéressés n'ont pas été profondément altérés, puisque leurs fonctions se sont parfaitement rétablies aussitôt après l'expulsion du corps étranger, que la santé a été recouvrée dans sa plénitude et qu'elle se maintient excellente depuis quatre mois.

On comprend qu'il soit impossible de tirer des conclusions de ce fait isolé. Mais il est assez intéressant par sa rareté pour qu'il mérite d'être signalé à l'attention des chirurgiens. C'était là le seul but de cette communication.

Discussion.

M. Quénu. La communication de M. Pilate nous fournit une excellente occasion de confesser nos méfaits. En 1891, au commencement de mon séjour à l'hôpital Cochin, j'opérais une malade atteinte de salpingite ancienne, affectée en même temps d'emphysème pulmonaire et d'une lésion mitrale et ayant eu l'année précédente une attaque d'hémiplégie. Le chloroforme fut mal supporté, et pendant dix minutes environ, le ventre étant déjà ouvert, la respiration artificielle dut être pratiquée. Je pense qu'à ce moment une compresse fut perdue dans le ventre et se trouva enroulée autour des anses intestinales. L'opération se termina sans encombre, et avant de refermer l'abdomen je fis compter les compresses; l'infirmier me donna un chiffre faux, et je refermai la cavité abdominale. Pendant deux jours tout alla bien; le troisième jour la malade présentait une petitesse du pouls alarmante et une dyspnée extrême; néanmoins, elle se remuait facilement dans son lit et s'asseyait sans présenter aucune douleur péritonéale. Elle succomba le cinquième jour à des accidents de dypsnée. A l'autopsie, on trouva très profondément dans l'abdomen une compresse

comme roulée autour de l'intestin; celui-ci était seulement congestionné et le péritoine ne contenait ni liquide purulent ni exsudat d'aucune sorte; il n'y avait pas de péritonite. La compresse était aseptique et sa présence n'avait déterminé que des phénomènes réflexes. Depuis ce temps, au lieu de compter les compresses, manœuvre assez longue et infidèle, j'ai pris l'habitude de ne prendre, pour la cavité péritonéale, que quinze compresses bordées d'un liséré rouge et placées dans un stérilisateur spécial. Les autres compresses sont trop grandes pour être introduites dans l'abdomen et ne peuvent y être oubliées. Le petit nombre de ces compresses spéciales rend leur oubli difficile et leur contrôle facile.

M. Terrier. Il y a déjà longtemps que l'observation de M. Pilate m'était connue; notre collègue m'avait demandé si je connaissais des cas analogues. Je ne sais qu'un fait qui peut en être rapproché, c'est celui de M. Terrillon. Il s'agissait d'une pince à pression, parfaitement aseptique, qui est restée dans le ventre dix-huit mois et qui a été extraite au voisinage de l'ombilic, après avoir été sectionnée. Pour mon compte, j'ai oublié dans le ventre une éponge qui au bout de trois jours a donné lieu à une péritonite suraiguë. Je crois qu'il y a une grande différence à ce point de vue entre une éponge et une compresse, la première n'étant jamais bien stérilisée. Aussi, depuis longtemps et d'après les recommandations de M. Pozzi, j'ai abandonné les éponges pour ne me servir que de compresses.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 30 mars 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Lettre de M. Schwartz s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Lettre de M. Cerné (de Rouen) demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national, et envoyant une série de brochures à l'appui de sa candidature.

3° *Spina bifida de la région sacrée ; excision le lendemain de la naissance*; *mort par convulsions au bout de neuf jours*, par M. Berlin (de Nice) (M. Monod, rapporteur) ;

4° *Hernie inguinale étranglée ; adhérences se prolongeant dans la cavité abdominale*, par M. Langlois (de Pontivy) (M. Berger, rappòrteur).

Suite de la discussion sur l'appendicite.

M. Delorme. La discussion ouverte sur l'appendicite m'engage à communiquer à la Société de chirurgie les observations de six blessés que j'ai opérés depuis deux ans, pour des typhlo-appendicites. Je ne citerai les deux premiers cas que pour mémoire, et m'arrêterai surtout aux derniers qui me paraissent devoir être rapprochés de ceux de MM. Terrier, Bouilly, Richelot.

Obs. I. — Le premier malade qui me fut adressé du service de mon collègue M. Antony, où il avait été vu par M. le professeur Kelsch, présentait les signes d'une péritonite généralisée par perforation. Chez lui, six jours après le début des accidents, et pressé par la gravité de ces derniers, je pratiquai à droite la laparotomie en suivant le bord externe du muscle droit, je trouvai l'abdomen rempli d'un liquide brunâtre, sans odeur, les anses intestinales réunies par des adhérences récentes ; une cavité à droite du petit bassin limitée par ce dernier et par des anses intestinales adhérentes, était remplie de pus. En nettoyant cette poche avec des éponges, je ramenais l'appendice qui plongeait verticalement dans cette cavité. Sa surface était rouge, comme celle de l'intestin. A quelques centimètres de sa base, il présentait une perforation circulaire de l'étendue d'une petite lentille, faite comme à l'emporte-pièce et à côté d'elle, dans le canal appendiculaire un petit calcul stercoral gros comme un pois. Malgré le nettoyage attentif de la cavité péritonéale et la rapidité relative de mon opération, le blessé ne se releva pas de son état grave et succomba vingt-quatre heures après l'opération dans le collapsus.

Obs. II. — Un malade de notre regretté collègue le professeur Duponchel fut opéré par moi en mars 1891. Depuis cinq ans, ce blessé qui n'avait signalé aucun antécédent héréditaire ou acquis avait ressenti à différents intervalles des douleurs dans l'hypogastre droit.

Pendant les crises douloureuses, il avait eu des nausées, des vomissements suivis de constipation. A la suite d'une palpation cependant très prudente du ventre de ce soldat, celui-ci ressentit dans l'ab-

domen des douleurs très vives suivies de vomissements. Il ne présentait quand je l'examinai aucune tumeur iliaque, mais la palpation de l'abdomen au-dessus de l'arcade de Fallope permettait de reconnaître une tuméfaction circonscrite, globuleuse, de la grosseur d'une noix, vers le milieu de l'arcade.

Une incision parallèle à celle de l'arcade me conduisit sur le cæcum très adhérent à la paroi abdominale, mais sain, de même que le petit intestin. Après l'avoir dégagé, je trouvai en arrière l'appendice turgescent, gros comme le petit doigt, très régulier de forme, sans trace d'ulcération, d'une consistance presque cartilagineuse, et cependant à tel point friable qu'après la résection je ne pus porter sur lui de suture de Lembert : sa paroi se déchirait sous l'aiguille. Je le fermai par une suture circulaire, après excision de sa muqueuse herniée. Le blessé guérit par première intention. Le foyer opératoire ne contenait ni pus ni fongosités.

J'arrive à des faits plus intéressants, qui pour moi semblent appartenir au groupe des lésions tuberculeuses appendiculaires ou cæcales.

Dans le cas suivant, les lésions étaient surtout étendues sur le cæcum.

Obs. III. — G..., âgé de 27 ans, est vu par moi en avril 1891. Petit, mais bien musclé, ce blessé n'accuse aucun antécédent héréditaire tuberculeux, mais depuis de longues années il est atteint d'une bronchite chronique qui s'est aggravée en 1885.

C'est de cette époque que date sa première poussée de typhlite. Subitement et sans cause connue, il a ressenti une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite. Pas de nausées, ni de vomissements, ni de diarrhée, ni de réaction fébrile notable. Son médecin constate une tuméfaction dans la fosse iliaque droite, et ce blessé fort intelligent, qui a reproduit l'exploration médicale, affirme avoir senti alors, à plusieurs reprises, la présence d'une tumeur dure, résistante, régulière, allongée, dans le flanc droit et se prolongeant vers les fausses côtes.

Il entre à Cochin. Ses douleurs se calment en quelques jours et la tuméfaction diminue au point de disparaître complètement.

Il quitte l'hôpital, fait un court séjour à la campagne, est repris de nouvelles douleurs moins vives que les premières, localisées comme elles dans la fosse iliaque droite, toujours sans réaction générale, ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée.

Le blessé présentait au contraire une certaine tendance à la constipation. Cette fois ce malade, très habitué à palper son ventre, ne constate plus de tuméfaction. Au bout de huit jours tout rentre dans l'ordre et cet homme reprend le travail.

Depuis 1885 jusqu'en 1891, il n'a plus de récidive, mais lorsqu'il est obligé de faire les efforts que lui impose sa pénible profession de garçon boucher, il sent la nécessité, pour éviter des douleurs abdominales, de prendre des précautions auparavant inutiles. Pendant cette période, sa bronchite chronique fait des progrès, il tousse constamment, a des sueurs nocturnes, maigrit, subit des cautérisations sous-

claviculaires, est soumis à des injections d'huile créosotée à haute dose ; ses deux épididymes présentent des nodosités tuberculeuses de la grosseur d'une noisette.

En avril 1891, il subit une troisième atteinte de typhlite caractérisée comme les précédentes, par des douleurs peu vives, sans réaction péritonéale ou générale et sans diarrhée. A la palpation du ventre, je constate alors, sur le trajet du cæcum, sur une longueur de dix centimètres, une tuméfaction allongée, régulière, de la grosseur des doigts de la main repliés, résistante, submate, immobile, non fluctuante, avec deux nodosités dures de la grosseur d'une aveline à sa limite supérieure et une nodosité plus volumineuse en bas. La pression exercée sur le cæcum épaissi est douloureuse. Je diagnostique une typhlite tuberculeuse ; je propose au blessé une intervention qu'il accepte et que je pratique avec l'assistance de MM. Ferraton et Béliard.

L'incision classique de la ligature des iliaques me fait découvrir une poche étendue, peu profonde, à contenu séreux, odorant, compris entre la paroi cæcale et la paroi abdominale. Celle-ci est tapissée de fongosités comme la poche d'un abcès à froid. La séreuse intestinale dans l'étendue de dix centimètres environ est recouverte de mamelons fongueux adhérents, saignant au moindre contact. Les lésions ne sont pas bornées à la paroi du cæcum. Elles s'étendent sur la terminaison du petit intestin, englobé dans une masse dure, fongueuse dans laquelle se trouve sans doute compris l'appendice que je ne peux découvrir.

Devant l'étendue considérable des lésions je me borne à faire une opération palliative, je nettoie très complètement la poche, j'en touche les parois avec une solution phéniquée forte, je les saupoudre d'iodoforme et je referme le ventre. Le blessé guérit par première intention. Trois mois plus tard il reprenait son métier de garçon boucher que je lui avais conseillé d'abandonner, retrouvait sa force d'autrefois, et pouvait, sans précautions, soulever de gros fardeaux.

Pour sa tuberculose pulmonaire, affirmée par mon collègue M. Burluraux, il continuait son traitement créosoté. Je l'ai revu ces jours-ci, aucun des accidents ultérieurs n'a reparu.

Un petit fragment d'une masse fongueuse cæcale avait été confiée à un histologiste éminent, qui pencha, comme dans le cas de M. Bouilly, pour le diagnostic d'épithélioma, ce qui s'accorde mal avec la disparition absolue de toute tuméfaction iliaque un an après l'opération.

Obs. IV. — Pendant un court séjour que je fis à Fourmies pour soigner les blessés du 1er Mai, un de mes confrères de cette ville me pria de voir un de ses malades, ouvrier d'usine approchant de la trentaine, qui présentait des signes non douteux de tuberculose pulmonaire.

Depuis une douzaine de jours, il avait ressenti des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, accompagnées de nausées, de constipation, de météorisme et d'une température élevée.

Je constatai une collection iliaque, péricæcale, étendue ; je proposai

la laparotomie, qui me conduisit sur un vaste épanchement fétide, me fit voir un cæcum dont la paroi, régulière par petites places, était recouverte de masses fongueuses adhérentes très vasculaires.

Ces altérations s'observaient de distance en distance, surtout près de l'extrémité du cæcum, d'où elles s'étendaient sur une étendue de dix centimètres environ à partir du cul-de-sac cæcal. Le petit intestin et l'extrémité cæcale étaient englobés dans une masse indurée, dans laquelle il me fut impossible de reconnaître l'appendice. Comme chez le précédent blessé, je ne trouvai dans le foyer aucun corps étranger. La rapidité et la nature des accidents me firent penser chez cet homme, à une perforation de l'intestin ou de l'appendice ; les accidents pulmonaires et l'aspect fongueux de la poche à une lésion tuberculeuse de l'intestin. Après avoir antiseptisé cette poche, je refermai l'abdomen et ce blessé guérit avec une suppuration peu prolongée.

Obs. V. Soldat du 46e de ligne, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 19 décembre 1891 dans le service de M. le professeur agrégé Antony, avec le diagnostic d'embarras gastrique fébrile.

Déjà quelques jours, avant son entrée, sans cause connue, il avait été pris de frissons violents, de céphalée. A son arrivée la température était montée à 40°.

Il éprouve de vives douleurs dans l'abdomen, se plaint de céphalée intense, de bourdonnement d'oreille. L'observation médicale porte : un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Le blessé nous dit qu'alors il n'avait ni diarrhée, ni constipation, ni nausées, ni vomissements. Céphalée, douleurs abdominales s'accusent les jours suivants, pendant que la température reste aussi élevée. Cinq jours plus tard on constatait des râles fins dans les fosses sus et sous-épineuses pour laisser de la rudesse respiratoire aux sommets. Ainsi les accidents présentés par notre blessé, qui avaient fait croire au début à une fièvre typhoïde, faisaient penser à la fin de décembre, quinze jours plus tard, à une tuberculose aiguë thoraco-abdominale. En tous cas, à part la douleur vive du ventre, dans la fosse iliaque droite, rien ne pouvait alors faire soupçonner une lésion cæcale ou appendiculaire.

Il n'y avait alors ni empâtement marqué, ni nausée, ni vomissement, ni constipation, ni diarrhée.

Un mois environ après son entrée à l'hôpital (le 20 janvier 1892), à la suite d'un effort de toux, cet homme accuse une douleur du ventre, sans nausée, ni constipation, ni fièvre. La douleur est surtout vive au-dessus de l'arcade de Fallope. On examine alors cette région, on n'y trouve point d'empâtement net. Ce nouvel orage se calme au bout de trois jours.

Le 13 février, les lésions du sommet sont assez nettes pour que ce soldat soit réformé pour tuberculose pulmonaire.

Ce même jour, alors qu'il était ramené de la rue Saint-Dominique au Val-de-Grâce, il est pris de nouveaux accidents du côté de l'abdomen, d'une troisième poussée.

Pendant la nuit les douleurs augmentent du côté droit. Le lendemain je suis appelé à voir le blessé dans le service de mon collègue. M. est apyrétique, a le faciès légèrement grippé, a vomi quelques cuillerées de bile. La palpation du ventre dans la région où, d'ordinaire, on recherche l'empâtement et les points douloureux dans les cas d'appendicite, ne révèle rien d'anormal; par contre, le blessé éprouve une douleur vive, à la pression, au-dessus de l'arcade de Fallope, à plusieurs travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans cette région, commençant à deux travers de doigt, en dedans de cette épine, se prolongeant en dedans jusqu'au bord externe du muscle droit, s'étendant en hauteur dans l'étendue de trois travers de doigt et limité au bas par l'arcade, je trouve une tumeur absolument fixe, parallèle à cette arcade, complètement mate, boudinée, d'une forme très régulière. Après avoir fait fléchir les cuisses et déprimé fortement du bord cubital de la main gauche la paroi du ventre, je cherche de la main droite à y percevoir de la fluctuation. Cette tumeur est dure et à peine résistante. Tous les diagnostics différentiels supposables sont passés en revue et rejetés, tels l'adénite iliaque dont la tumeur n'a ni la forme, ni la direction, ni l'origine infectieuse rectale, prostatique, etc., et l'hypothèse de l'abcès par congestion iliaque et celle d'une péritonite circonscrite, etc., et je m'arrête à cette dernière hypothèse ou à celle d'une appendicite avec déplacement de l'appendice et du cæcum en avant et en bas.

En raison des accidents pulmonaires présentés par le blessé, presque en même temps que les accidents abdominaux, de ses antécédents de famille (son père a récemment craché du sang), de l'absence de toute collection liquide septique et de toute réaction péritonéale intense, je penche en faveur d'un typhlo-appendicite tuberculeuse.

L'opération me donna raison. De plus, elle me fit reconnaître des lésions fort intéressantes.

Une incision de 12 centimètres parallèle à l'arcade, s'étendant du bord externe du muscle droit, à un travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, me fit tomber sur le cæcum dont la paroi épaissie était intimement soudée à la paroi abdominale.

Après l'avoir laborieusement, du doigt et de la sonde cannelée, libéré de ses adhérences, je trouvai, près de sa terminaison, entre lui et la paroi abdominale une cavité à plusieurs diverticules de la capacité totale d'un œuf de pigeon, remplie de fongosités violacées, vasculaires, mêlées à quelques gouttes d'un liquide séreux, sans grumeaux et sans odeur. Je ramenai l'appendice qui était libre dans la poche. Dans l'étendue de 2 à 3 centimètres à partir de son implantation cæcale, il était régulier, turgescent, des dimensions d'un gros crayon; dans le reste, c'est-à-dire dans la plus grande partie de sa longueur il avait un calibre de moitié moindre, était flasque, non friable, creusé d'ulcérations profondes, irrégulières. Le cæcum était très épaissi, mais sa surface, si ce n'est dans les points où il formait la poche fongueuse, paraissait d'aspect normal.

J'entourai l'appendice de deux fils circulaires placés à peu de dis-

tance l'un de l'autre, j'en fis l'excision, je le touchai ainsi que la poche, au chlorure de zinc, pansai à l'iodoforme et j'obtins la guérison de mon blessé par première intention. Je noterai que lors de mon opération le cordon recliné paraissait entouré d'une gangue celluleuse infiltrée. La compression que ses éléments nerveux subissaient expliquait les douleurs ressenties par le blessé dans les bourses.

Obs. VI. — L'observation suivante offre bien des points de ressemblance avec celle qui précède ; on y retrouve les mêmes caractères de la tumeur, le même aspect des lésions de l'appendice.

Th..., jeune soldat au 46e d'infanterie, comme le précédent, entre dans mon service le 31 décembre 1891. Cet homme qui n'accuse aucun antécédent héréditaire ou acquis, fut subitement (en juillet 1891) pris de douleurs abdominales assez vives, sans siège précis. Ces coliques, accompagnées de vomissements alimentaires cessèrent au bout d'un jour et jusqu'en décembre, le blessé put faire son service et même prendre part aux grandes manœuvres sans incident.

Le 25 décembre, dans la soirée, il est à nouveau pris de nausées, de vomissements alimentaires, puis bilieux et de douleurs abdominales d'abord diffuses puis bientôt localisées à l'hypocondre droit. Cette nuit du 28, il est atteint d'une diarrhée séreuse qui le force à se relever quatre ou cinq fois et qui dure quatre jours. Vomissements après le repas, élévation de la température qui atteint 39° le soir, douleurs en urinant. Léger empâtement dans la fosse iliaque droite.

Quand il entre dans mon service: je relève les mêmes symptômes. Le faciès est altéré, l'état général mauvais, l'appétit nul, le ventre légèrement ballonné. Un empâtement se constate immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope. La palpation profonde du ventre au niveau de cet empâtement est douloureux.

L'auscultation de la poitrine révèle une submatité légère, à gauche, sous la clavicule, et au sommet droit, un léger soufle expiratoire. Ce malade expectore des crachats muco-purulents. Il n'y a jamais eu d'hémoptysies. Il n'a pas d'antécédents héréditaires. Les testicules présentent des noyaux d'induration nets.

J'avais préparé et malade et matériel pour une intervention, d'autant qu'après mon examen pratiqué, cependant, avec prudence, les douleurs avaient considérablement augmenté et la température était montée à 40°, mais le lendemain, les accidents abdominaux s'atténuent, la température s'abaisse à 38°; j'attends quelques jours plus tard. Diarrhée, puis nouvelle élévation de température qui trouve son explication dans l'apparition d'un foyer infectueux au niveau du mollet droit, d'un empâtement profond, avec léger œdème et rougeur de la peau. Incision profonde sans issue de pus. Suture de la peau et des muscles.

Le 11 mars 1892, trois mois après l'entrée du blessé à l'hôpital, sans cause connue, 3e poussée : coliques, douleurs violentes dans la

fosse iliaque droite, diarrhée abondante (5 à 6 selles par jour) nausées, douleurs en urinant. L'empâtement iliaque qui avait presque complètement disparu, augmente. Œdème du pied droit, développement anormal de la saphène. Je propose alors une intervention qui est acceptée. La palpation du ventre revêtait, à ce moment, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, parallèle à cette arcade et faisant corps avec elle, la présence d'une tumeur dure, immobile, ne subissant ni l'impulsion de la toux, ni celle de la main, tumeur mate, à surface régulière qui, comme dans le cas précédent, s'étendait du muscle droit à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et se prolongeait en hauteur dans l'étendue de trois travers de doigt au-dessus de l'arcade. Comme chez le précédent malade, ses limites supéro-inféro internes, étaient plus nettes que la limite externe qui se perdait insensiblement dans la fosse iliaque.

Une incision parallèle à l'arcade, étendue du muscle droit à l'épine iliaque, me conduisit sur le cœcum, fixé très intimement à la paroi, à la fosse iliaque, aux vaisseaux par des adhérences solides et anciennes. Je l'ai dégagé avec précaution en m'aidant plutôt des doigts que de la sonde cannelée. En décollant sa partie terminale, je mis à découvert une petite poche de la grosseur d'une noisette, remplie d'un segma caséeux, jaune, de la consistance du mastic de vitrier; sur la surface postéro-inférieure à laquelle l'épiploon adhérait très solidement, se trouvait une masse de la grosseur d'un marron, fibroïde, lardacée, friable, formée probablement par le mésentère. Dans cette masse, l'appendice transformé, se trouvait englobé à son origine. A la sortie de cette gangue, il se portait horizontalement en dedans, du côté de la vessie, à laquelle il adhérait, et dont je le détachai; ce qui explique les douleurs ressenties par cet homme pendant les mictions. La partie libre de l'appendice, soit sur plus de 4 centimètres de longueur, était d'un calibre très réduit, elle était flasque, creusée, comme rongée d'ulcérations profondes et irrégulières. Je détachai la plus grande partie de la gangue fibroïde, liai l'appendice, antiseptisai le foyer. Ce blessé guérit par première intention. Sa cure est trop récente pour que je puisse parler de ses résultats.

Réflexions. — Comme M. Richelot, je penserais volontiers à en juger d'après ma courte série d'observations, que la typhlite tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne pense généralement, et que si la forme aiguë à symptômes péritonéaux très accusés, celles qu'on observe dans les cas où subitement une perforation se produit peut être constatée, l'observation a montré que la lenteur habituelle du processus tuberculeux, sa marche envahissante de la muqueuse vers la séreuse permettent le plus souvent à cette dernière de se défendre d'un envahissement général par des adhérences salutaires. En fait, trois de mes blessés sur quatre ont plutôt présenté la symptomatologie de la colique appendiculaire que celle de l'appendicite par perforation.

D'après les résultats de nombreuses autopsies médicales, le petit intestin et le cæcum seraient plus fréquemment atteints que l'appendice même, et très souvent ils seraient altérés avec lui. Cette considération ne saurait être méconnue du chirurgien interventionniste.

On a considéré la diarrhée comme un signe important de la typhlo-appendicite tuberculeuse. Un de mes blessés, à chaque poussée, a présenté ce symptôme, mais les trois autres, au contraire, étaient atteints de constipation. Je ne relève non plus, que deux fois sur quatre, les nausées et les vomissements. Des signes de diagnostic localiste, les seuls importants sont la douleur dans le flanc droit et l'empâtement. Relativement au siège de ce dernier, mes observations me forcent à faire une remarque qui n'est pas sans importance au point de vue du traitement. On conseille généralement et suivant les cas, soit l'incision médiane, soit une incision portant sur le bord externe du muscle droit, de préférence, la section cutanéo-musculaire à cheval sur l'épine iliaque antéro-supérieure à laquelle on a recours pour la ligature des iliaques; enfin M. Nélaton a proposé d'employer chez quelques blessés, l'incision lombaire. Chez trois de mes six opérés, aucune de ces incisions (peut-être la section parallèle au bord externe du grand droit et encore eût-il fallu la faire étendue et exposer la cavité séreuse principale à des chances d'infection) n'eut pu me servir à bien découvrir la tumeur. Je dus recourir à une section parallèle à l'arcade commençant au niveau du bord externe du muscle droit et se rapprochant de l'épine iliaque antéro-supérieure ou l'atteignant.

Dans le diagnostic étiologique, les lésions concomitantes pleuro-pulmonaires, testiculaires, etc., apportent un appoint considérable, et en dehors des résultats de l'inoculation et de l'examen microscopique dont je me garderai de méconnaître la haute valeur, mais qui compte ses erreurs comme dans un cas de M. Bouilly; comme dans un des miens ou qui comme dans d'autres tuberculoses externes peut se montrer insuffisant, la constatation de lésions fongueuses analogues à celles qui tapissent la cavité d'abcès froids des membres, les processus ulcéreux fournissent des signes très importants au clinicien. Deux de mes blessés ont accusé des douleurs le long du cordon. Un autre, des douleurs vésicales et l'un a présenté une dilatation veineuse avec œdème du membre inférieur droit. Je ferai remarquer que ces blessés doivent être examinés avec une grande prudence. Chez deux de mes six opérés, les accidents se sont aggravés d'après un examen peu prolongé et très prudent.

Relativement à l'intervention dans ces cas, je ferai quelques

remarques. Le nettoyage attentif d'un foyer extérieur à l'intestin, son curage, son attouchement avec des solutions antiseptiques concentrées, l'ablation de l'appendice s'il est perforé ou très altéré, sont des indications thérapeutiques qui s'imposent, mais l'attaque de l'intestin malade doit-elle être tentée? S'il est ulcéré ou sur le point de se rompre, il n'y a pas de doute ; mais dans des conditions opposées, cette intervention expose à des actes opératoires insuffisants; la résection qui devait porter, le plus souvent, sur la terminaison du petit et sur le gros intestin est éminemment dangereuse, l'étendue des lésions pourrait, comme chez un de mes blessés, comme chez un autre de M. Broca, imposer un sacrifice très étendu du cæcum et du petit intestin. La coïncidence habituelle de lésions pulmonaires, la difficulté qu'on éprouverait à enlever tout le mal, même avec les opérations étendues, m'ont engagé à limiter mon intervention au strict nécessaire et le résultat de ces deux observations dans lesquelles, après le nettoyage attentif d'un foyer péri-cæcal étendu, et malgré des altérations considérables du cæcum, la guérison a été obtenue sans que le blessé ait présenté les troubles dont il était atteint antérieurement, m'engagerait encore à suivre cette règle de conduite. Admettant pour ces tuberculoses profondes, la règle qui me guide pour les autres tuberculoses externes; n'agir très largement, très radicalement qu'autant que par ces opérations radicales on ne compromet pas la vie du blessé.

Chez un de ces derniers, le petit intestin était tellement épais, dur et rétréci à sa terminaison que la crainte d'accidents ultérieurs d'obstruction m'aurait engagé à l'exciser si les lésions cæcales n'avaient été fort étendues. Après l'opération, je redoutais ces accidents, et j'avais parlé à la famille de la possibilité d'une nouvelle intervention au cas où ceux-ci se seraient déclarés. Cette menace n'a pas été suivie d'effet, de sorte que, jusqu'à plus ample informé, dans un cas semblable, je ne ferais pas encore de résection préventive de l'intestin, puisque ces accidents peuvent ne pas survenir.

Je terminerai par deux courtes remarques. Sur aucun de mes six opérés, je n'ai observé d'affaiblissement de la paroi, et chez un garçon boucher qui chaque jour est forcé de faire de grands efforts, celle-ci est, du côté opéré, aussi solide que du côté opposé.

M. Terrier. Messieurs, depuis la mention que j'en ai faite à la Société de chirurgie, au début de la discussion, sur l'appendicite, j'ai pu réunir les éléments principaux de l'observation de typhlite tuberculeuse dont je vous ai promis la publication. On verra, quoi

qu'on ait pu dire, que le diagnostic de cette lésion est fort difficile, puisque plusieurs de nos collègues et des plus expérimentés, ont pensé avoir affaire à une néo-formation épithéliale du cœcum ou de l'intestin, ayant déterminé des troubles inflammatoires et des suppurations de voisinage, erreur de diagnostic qui a été faite dans d'autres cas, dont l'un nous a été rapporté par M. Bouilly.

Aussi, je ne puis partager les idées de M. Delorme sur les résultats fournis par l'examen clinique seul ; il me paraît nécessaire d'ajouter à celui-ci toutes les ressources fournies par les examens microscopiques et bactériologiques; il peut même être indispensable d'y joindre les résultats fournis par les inoculations. Les faits observés par M. Richelot et par M. Delorme ne sont donc pas complets, puisque ces divers examens n'ont pas été pratiqués.

Il y a lieu de distinguer des variétés dans les diverses formes de tuberculose du cœcum et de l'appendice iléo-cœcal : en effet, il s'agit tantôt d'un abcès froid de la fosse iliaque avec ses caractères ordinaires, tantôt d'une véritable tumeur avec production de fongosités ayant tout à fait l'aspect d'une tumeur maligne. Dans ce dernier cas en particulier, l'examen clinique est insuffisant et il est nécessaire de faire un examen microscopique et bactériologique.

Je ferai remarquer en passant qu'il y a une grande analogie à établir entre les appendicites et les salpingites; ces deux affections peuvent l'une et l'autre présenter une grande variété d'aspect, donner lieu à des symptômes variables et fournir des indications thérapeutiques et opératoires différentes suivant leur période d'évolution et suivant les habitudes et le tempérament des chirurgiens.

Observation de typhlite et pérityphlite tuberculeuse (Résumée.)

M. G..., n'ayant que des antécédents tuberculeux douteux et ayant joui d'une excellente santé est pris en février 1890 de douleurs abdominales, qui lui font garder le lit pendant deux jours; ces douleurs disparaissent à peu près complètement et le malade se plaignit ensuite de vertiges.

En juillet de la même année, nouvelles douleurs abdominales, qui deviennent très vives le 15 et nécessitent le repos au lit pendant une semaine. Il y eut alors des frissons et de la fièvre. Le repos, les cataplasmes, les purgatifs et enfin les révulsifs sur le côté droit du ventre furent utilisés avec succès. Toutefois, en septembre, on sentait toujours à droite au lieu où les accidents s'étaient produits une partie dure et résistante au toucher.

Le 10 septembre, il y eut une garde-robe sanglante et le malade, sur le conseil du professeur Bouchard, fut mis au naphtol, de plus on lui conseilla le repos, et il restait couché une partie de la journée. En

octobre, nouvelles douleurs avec frissons et vomissements; M. le Dr Ch. Monod appelé auprès du malade, ne trouva pas l'indication d'une intervention et le traitement médical, consistant surtout en émollients à l'extérieur, fut continué avec les antiseptiques intestinaux.

Le 22 novembre, mon ami le Dr Périer, fut appelé auprès de M. G... il constata la présence d'une tumeur fort douloureuse située à droite de l'abdomen, tumeur s'accompagnant de troubles intestinaux. Il pensa à un épithélioma intestinal avec accidents inflammatoires périphériques.

Le 25, on endort le malade, et la résolution obtenue, le Dr Périer constata l'existence d'une collection liquide étendue qu'il incisa. Le foyer purulent situé à droite remontait jusque sous le diaphragme et répondait en dedans vers la ligne médiane à une masse indurée; ce foyer fut nettoyé, lavé et drainé.

M. Périer vit M. G... jusqu'au 27 décembre; à cette date le malade pouvait être considéré comme guéri de son abcès, mais il persistait dans le flanc droit une induration sur la nature de laquelle persistaient les mêmes doutes.

Quelque temps après, le 17 janvier 1891, M. Périer, de qui nous tenons la plupart de ces détails, fut appelé de nouveau par M. G... qui souffrait du côté du rectum. Le 19, ouverture d'un abcès de la marge de l'anus, qui fut traité comme une fistule, c'est-à-dire qu'on incisa la paroi intestinale par l'anus.

Cette incision fut pansée méthodiquement pendant le mois de février, et le 18 mars la plaie était aussi bien que possible sans décollement ni diverticule apparent. A cette date, restait toujours du côté de l'abdomen à droite, le noyau induré déjà signalé; de plus, il persistait des douleurs intestinales avec selles fréquentes (2 à 3 par jour) mais presque normales.

En avril 1891, M. G... allait fort bien, l'appétit était excellent, la fistule anale était tout à fait fermée. On pensait que le malade était en pleine convalescence; seules des coliques vives persistaient, suivies de garde-robes pressantes, mais sans glaires, ni sang.

Vers le 10 mai, brusque apparition de vives douleurs abdominales avec accès fébrile (40°,5); on pensa à la formation d'un nouvel abcès mais le malade se remit après un repos de huit jours au lit.

En juin, M. G... allait bien, et mangeait d'une façon tout à fait extraordinaire; notons toujours trois ou quatre garde-robes, surtout le matin, la dernière était douloureuse et souvent contenait des filets de sang ou stries sanguines. Cette diarrhée fut moindre pendant le mois de juillet qui fut passé à la campagne aux environs de Paris.

Le 15 août, étant toujours à la campagne, M. G... fut pris de nouvelles douleurs très vives du côté de la cicatrice et dans le ventre. Cinq jours après, un abcès s'ouvre seul et donne issue à une grande quantité de pus infect.

Notre collègue, le Dr Peyrot, appelé près du malade se borne à conseiller des pansements antiseptiques et des injections antiseptiques dans l'ouverture de l'abcès, injections qui furent méthodiquement faites

par mon ami le Dr Augros, (de Maisons-Laffite). A cette date, le Dr Augros, constata dans la région malade, une induration profonde ayant le volume des deux poings. Ce traitement dura une quinzaine de jours, la fièvre avait cessé, mais l'état général était très mauvais.

En septembre, développement et ouverture d'un autre abcès, une tige de laminaire placée dans le trajet pendant vingt-quatre heures permit de draîner avec un tube de caoutchouc. Un petit bourgeon charnu s'était développé au niveau de l'ouverture cutanée de l'abcès.

Vers la fin de septembre, de l'eau rousse, des gaz et des matières intestinales passent par la fistule. Cette perforation intestinale dura deux jours et se ferma spontanément. C'est alors que se développèrent des fongosités pâles et saignantes.

M. G... rentra à Paris le 31 octobre 91, il n'avait plus d'appétit, était très faible et avait des accès fébriles le soir, le bourgonnement de la plaie s'était très développé et avait un vilain aspect lardacé grisâtre. Les garde-robes, toujours fréquentes et diarrhéiques étaient souvent mélangées de sang. En fait, l'état était fort grave.

Je vis M. G... pour la première fois le 5 novembre 1891, avec mes collègues des hôpitaux MM. Millard et Tapret, médecins ordinaires du malade, M. le professeur Bouchard et le Dr Augros (de Maisons-Lafitte).

L'état général était très mauvais, le malade amaigri et pâli avait de la fièvre tous les soirs et ne pouvait quitter le lit. Inappetence, accidents diarrhéiques, douleurs abdominales.

L'abdomen, tuméfié, mais sans traces d'ascite, offrait à droite vers la fosse iliaque une large ulcération, recouverte de bourgeons charnus pâles infiltrés de sérosité, peu sensibles et du milieu desquels suintait un liquide grisâtre à peine purulent.

Cette ulcération, large comme la paume de la main reposait sur une induration profonde, occupant la fosse iliaque droite et le flanc correspondant. En dedans cette induration atteignait l'ombilic et même se prolongeait à gauche. Dans ces régions elle était mamelonnée, et manifestement due à la tuméfaction des ganglions lymphatiques pré-vertébraux. Entre cette induration et la paroi abdominale étaient des anses intestinales faciles à reconnaître par leur souorité à la percussion. A droite seulement, la matité était plus complète, mais non absolue. La palpation de l'abdomen n'était pas très douloureuse, mais elle déterminait des contractions intestinales faciles à constater et des borborygmes.

Du côté de l'intestin rectum, la petite cicatrice résultant de l'intervention antérieure pour l'abcès de la marge de l'anus était encore ulcérée mais superficiellement.

Le diagnostic ne pouvait alors se poser qu'entre une tumeur maligne ulcérée (épithélioma ou sarcome) provenant du cœcum, ou bien une production tuberculeuse. Je penchai d'autant plus, vers cette dernière hypothèse que le malade avait eu un abcès de la marge de l'anus concommitant, et que les ulcérations ne ressemblaient pas à celles des tumeurs malignes, qui, d'ordinaire saignent facilement.

On recueillit du liquide qui s'écoulait de l'ulcération, et mon collègue des hôpitaux, M. Tapret, y constata la présence d'une quantité énorme de bacilles tuberculeux. Le diagnostic était porté exactement, malheureusement il n'y avait plus rien à tenter chirurgicalement.

Soumis à un traitement rationnel dirigé par le professeur Bouchard et par M. Tapret, le malade ne put se relever, l'état cachectique ne fit qu'augmenter, la fièvre devint continuelle, avec du délire la nuit, et le patient mourut au commencement du mois de décembre, le 3.

Communication.

Des abcès et des fistules du menton symptomatiques d'une lésion non apparente de la racine de l'une des incisives inférieures.

Par le Dr Gérard-Marchant, chirurgien des hôpitaux.

Il y a un an, je fus consulté pour une fillette de 12 ans, qui était atteinte d'une fistule du menton consécutive à un abcès. Immédiatement en arrière de la symphyse du maxillaire, au-dessous et en arrière du menton, existait une fistule reposant au centre d'une zone rouge, tendue, chaude et douloureuse.

Cette fistule donnait une petite quantité de pus. Un stylet de trousse pénétra facilement dans l'orifice de la fistule, et après un court trajet, sa pointe vint butter sur une portion dénudée du maxillaire, dans un point correspondant au niveau de son bord inférieur.

L'examen des dents fut négatif : il n'existait *aucune lésion apparente* du côté des incisives ; ni leur percussion, ni l'exploration avec le stylet par le trajet fistuleux ne permit de réveiller de *sensibilité* et d'attribuer à l'appareil dentaire l'abcès et la fistule.

Comme d'autre part, cette fillette était malingre, présentait des engorgements ganglionnaires cervicaux, je pensais que la lésion osseuse révélée par le stylet pouvait être de nature tuberculeuse, et je formulais ma consultation de la façon suivante : *Ostéite tuberculeuse du rebord maxillaire, incision des téguments, mise à nu et raclage du foyer d'ostéite.*

Je n'avais plus entendu parler de cette enfant, lorsque je reçus la visite de son médecin, le Dr Mouzon, qui m'apprit que notre cliente avait consulté un dentiste, qui avait diagnostiqué une lésion radiculaire d'une incisive, et guérit l'enfant de son abcès et de sa fistule par *une greffe dentaire* précédée de la *résection* de la pointe de cette incisive.

Cette erreur de diagnostic me surprit d'autant plus que je

n'ignorais pas le rapport des fistules péri-maxillaires avec des lésions dentaires, et que, dans ce cas particulier, j'avais recherché cette corrélation sans pouvoir l'établir.

Je me promis d'étudier ces faits; ils ne sont pas exceptionnels, et grâce à l'obligeance de mon maître, le professeur Lefort, et de son ancien chef de clinique, mon ami le Dr Beurnier, j'ai pu réunir quatre autres observations de lésions radiculaires des incisives sans altération apparente de ces dents.

Voici d'abord les deux observations (I et II) que le professeur Lefort a bien voulu m'adresser, après les avoir rédigées lui-même.

Obs. I. — Il y a une dizaine d'années, un de mes clients et amis me présenta sa fille âgée de 16 ans environ, laquelle portait au-dessous du menton, vers la face postérieure du maxillaire inférieur et sur la ligne médiane à peu près, une petite fistule, consécutive à un petit abcès guéri depuis longtemps, sauf la fistule. On pouvait seulement y introduire un fin stylet d'Anel, mais je n'arrivais pas sur l'os.

Pensant à une fistule dentaire, j'examinais soigneusement les incisives, je les percutai sans éveiller aucune douleur, sans percevoir aucune différence de son, et je ne constatai aucun changement de coloration.

Je proposai l'électrolyse. J'introduisis le stylet d'Anel dans la fissure, je la mis en rapport avec le pôle positif d'une pile de 20 éléments de Gaiffe (je n'en employai que 12) ; le pôle négatif représenté par l'excitateur à éponge étant placé en avant du menton. Séance de une à deux minutes.

La fistule se ferma et resta fermée plusieurs mois puis reparut. Nouvelle électrolyse, nouveau succès temporaire.

Comme je voyais la famille ennuyée de la prolongation de ce petit ennui, je proposai de prendre l'avis de Richet. Lors de la dernière exploration j'étais arrivé à sentir le maxillaire à nu.

L'avis de Richet fut de faire une incision transversale, de mettre le maxillaire à nu et de le ruginer ; je fus d'un avis contraire. Je représentai aux parents que cette opération aurait pour résultat une abominable cicatrice qui défigurerait leur fille ; que la fistule ne se voyait pas puisqu'elle était en arrière de la saillie du menton, qu'elle donnait à peine le matin une ou deux gouttes de suppuration ; qu'avec le temps le petit point nécrosé se détacherait et je prêchai l'abstention. C'est le parti qui prévalut.

Quelques mois après le père revint me voir et me tint ce discours : « J'ai parlé de ma fille à mon dentiste, M. Crâne, et la lui ai montrée. Il me dit qu'il y a vers la pointe de la dent, au fond de l'alvéole, un petit abcès renfermant de l'air et du pus. Il me propose de perforer l'incisive pour aller vider et panser l'abcès.

Crâne perfora l'incisive dans toute sa hauteur et vers sa face postérieure. On constatait très bien l'existence d'un petit canal au travers duquel il faisait pénétrer dans l'alvéole des brins de ouate imbibés de

substances médicamenteuses qu'il retirait avec un minuscule crochet.

Après un mois il prétendit que la maladie était guérie et qu'on pouvait obturer le canal afin de rendre à la dent sa couleur. C'est ce qui fut fait, et après l'obturation il fallait y regarder de très près pour s'apercevoir qu'on avait touché à la dent.

Rien n'avait été fait à la fistule. Elle se ferma d'elle-même pendant le traitement et depuis lors, la guérison s'est maintenue complète.

Obs. II. — Deux ans après, une de mes clientes âgée de 23 à 24 ans eut, pendant que je la soignais pour autre chose, un petit abcès en arrière du menton. Je l'ouvris et ne pus rien constater sur les incisives. L'abcès se guérit, mais en laissant une fistule. Après un mois, voyant que la fistule persistait, j'envoyai cette dame chez Crânc. Il porta le même diagnostic que dans le premier cas, fit la même opération et la fistule se ferma toute seule une fois l'opération faite.

Dans les observations qui suivent (III et IV) le Dr Beurnier qui connaissait les cas du professeur Le Fort, a fait le diagnostic et a institué un traitement qui a amené la guérison de la fistule.

Obs. III. — *Fistule consécutive à la carie de la racine de la petite incisive inférieure gauche.*

J'eus l'occasion de voir en province, en 1889, une jeune fille de 19 ans, qui présentait depuis deux ans un orifice fistuleux siégeant au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur, un peu à gauche de la ligne médiane. Cette fistule n'avait pas été précédée par un abcès volumineux; il s'était seulement produit un peu de gonflement, à peine une légère douleur, puis la peau avait rougi, s'était perforée, et une petite quantité de pus, 2 grammes environ, s'était écoulée. Les parents, qui prenaient grand soin de leur enfant, et la jeune fille, fort intelligente, me donnèrent ces renseignements avec la plus grande netteté. Le pus qui s'écoula était, nous dirent-ils, du pus ordinaire, sans caractères particuliers. Un médecin qui avait été consulté, fit appliquer des pansements humides à l'alcool et examina plusieurs fois les dents, mais sans qu'il pût y provoquer aucune douleur par la pression: aucune douleur spontanée n'avait non plus jamais existé de ce côté, et il n'y avait nulle trace apparente de carie.

Pendant trois mois, l'écoulement du pus persista, malgré des injections de teinture d'iode pure dans le trajet; le liquide était seulement devenu un peu plus séreux; puis l'orifice sembla s'obturer; mais au bout de quinze jours, nouveau gonflement, toujours léger, rougeur et ouverture, sans douleur appréciable. Les choses se reproduisirent ainsi trois fois jusqu'au moment où je vis la malade.

A cette époque je constatai la présence, au lieu indiqué précédemment, d'un orifice fistuleux très étroit, donnant passage à un fin stylet sans fongosités ni autour de l'ouverture ni dans le trajet. Deux ou

trois gouttes de pus au plus tachent le pansement qui est renouvelé tous les deux jours. Aucun gonflement des parties molles ni de l'os lui-même : pas de douleurs. J'examine de suite le système dentaire, qui ne me présente rien de particulier ni à la vue ni à la pression. L'exploration au stylet ne me donne rien ; au bout d'un centimètre environ je suis obligé de m'arrêter, le trajet ne permettant plus le passage. J'ajoute que la malade, très bien portante, ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Devant cet examen en quelque sorte négatif, en présence de cette ouverture fistuleuse persistante et très petite n'ayant jamais été accompagnée de symptômes quelconques du côté de l'os lui-même, je n'hésitai pas, instruit par l'observation de M. le professeur Le Fort, à penser qu'il s'agissait là d'une carie radiculaire, que je crus devoir rapporter à la seconde incisive inférieure gauche à cause de la situation de l'orifice. Je proposai à la famille la trépanation de la racine de cette dent, qui fut acceptée. N'ayant point sous la main de dentiste expérimenté, je pratiquai moi-même cette intervention au moyen d'une très petite tréphine. Je conseillai alors d'interrompre toute injection du côté de la fistule et d'attendre.

Au bout d'une huitaine de jours, toute trace de suppuration avait disparu de ce côté, et quinze jours plus tard il ne restait plus, comme trace de l'affection, qu'une cicatrice très peu appréciable, légèrement déprimée et adhérente à l'os dans la profondeur.

Je revis la malade un an plus tard ; la fistule ne s'était pas rouverte, et un point brunâtre était la seule marque qui restait ; on ne le voyait d'ailleurs nullement lorsque la malade ne portait point sa tête en haut et en arrière.

Obs. IV. — *Fistule consécutive à la carie de la racine de la canine inférieure droite.*

En 1890, au mois de juillet, on m'adressa à l'hôpital de la Pitié une jeune bonne de 22 ans, qui portait depuis huit mois un orifice fistuleux siégeant au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur, à deux centimètres environ à droite de la ligne médiane. Cette fille, dont la santé est excellente, et qui ne présente aucun antécédent intéressant héréditaire ou personnel, ne peut me donner que peu de renseignements sur le début et la marche de la maladie. Tout ce que je puis apprendre d'elle, c'est qu'elle n'a jamais eu de névralgies dentaires, qu'il lui est survenu sans cause appréciable et sans douleur un gonflement peu accentué au niveau de l'orifice actuellement constaté, que la peau a rougi et a donné, au bout de huit jours, passage à une petite quantité de pus. Depuis ce moment, il s'est écoulé chaque jour 3 ou 4 gouttes de pus par l'orifice qui n'a jamais eu aucune tendance à s'obturer. Pensant toujours que la guérison surviendrait, la malade ne consulta pas de médecin et se borna à mettre sur l'ouverture un linge imbibé d'eau blanche.

A l'examen, nous constatons la présence, en un point indiqué, d'un

petit orifice fistuleux permettant l'introduction d'un stylet de très petite dimension.

L'orifice est entouré de deux petits bourgeons charnus, mais il est probable que le trajet n'en présente pas, puisque l'exploration au stylet ne donne lieu à aucune hémorragie. Ce stylet arrive dans la profondeur sur des parties dures qui semblent donner au choc un son plus mat que l'os, qui paraissent plus résistantes que le tissu osseux et qui ne présentent aucune mobilité; mais l'instrument dont je dus me servir était trop fin et trop flexible pour que les sensations obtenues fussent absolument nettes. En tout cas, je crus pouvoir affirmer qu'il n'y avait aucun séquestre du côté du maxillaire, et je pensai qu'ici encore j'avais affaire à une carie radiculaire.

L'examen du système dentaire ne révélait aucune altération appréciable.

Comme il n'avait encore été fait aucun traitement, je pratiquai deux séances d'électrolyse qui, comme je m'y attendais d'ailleurs, ne donnèrent aucun résultat. Alors j'envoyai la malade à une consultation dentaire en lui remettant une note où je donnais mon diagnostic et mon opinion sur l'intervention. La trépanation de la racine de la canine fut pratiquée, comme je le conseillais, et un mois plus tard je revis la malade absolument guérie.

L'objection naturelle en réponse à cette communication, c'est qu'elle repose sur des faits connus des dentistes et de beaucoup de chirurgiens. J'accepte le reproche d'ignorance pour moi ; je le réprouve pour deux cliniciens comme Richet et L. Lefort : il m'a donc semblé qu'il y avait quelque intérêt à étudier ces lésions.

Il ne peut être question ici de ces cas dans lesquels il y a une lésion apparente de l'incisive et un abcès devenu fistuleux. Toujours, dans de semblables circonstances, le rapport entre l'altération dentaire et la fistule est évident ; il repose sur un faisceau de preuves facile à établir. *Le stylet, en pénétrant dans la fistule, éveille la sensibilité du nerf dentaire*, ou ce *cri de la dent* est révélé encore par la *pression*, la *percussion* d'une incisive.

Il suffit encore d'observer le système dentaire pour voir que l'une des incisives a *perdu sa coloration naturelle :* elle est *devenue noirâtre* et tranche par la *perte de son éclat* sur les dents voisines. Cette dent peut être encore *plus élevée* que la voisine, la *dépasser* par sa partie libre ; elle peut jouir aussi d'une *certaine mobilité pathologique.*

Je ne vise pas ces cas dans lesquels l'erreur commise sera constamment imputable à un défaut d'examen.

Mais il existe une autre catégorie d'observations dans lesquelles il n'y a pas de lésion *apparente de la racine de l'incisive*, et tous les signes que nous venons d'énumérer sont en défaut. Les cinq

observations qui précèdent en font foi, et on chercherait en vain un de ces caractères qui emporte le diagnostic.

Dans ces cas, les seuls dignes de fixer votre attention, le chirurgien ignore la lésion dentaire, ou s'il la soupçonne, sans preuves, il ne peut établir quelle est la dent qui est véritablement malade.

Il existe cependant deux signes bien connus des dentistes qui permettront d'établir le diagnostic avec évidence. C'est, d'une part, la *perte de transparence de l'incisive*, et, en second lieu, l'*issue du pus par une ponction exploratrice*[1].

Les dents sont *transparentes à l'état normal;* une petite lampe électrique, placée dans la cavité buccale, permet de rendre saisissante cette propriété. Une dent malade perd cette transparence : en cas de doute, il faudra donc toujours rechercher ce signe.

La *ponction exploratrice* consiste à trépaner la dent (dans un point que j'indiquerai à propos du traitement) avec un petit perforateur. L'issue du pus à travers ce puits ne laisse aucun doute sur l'existence de l'altération dentaire, et cette trépanation est non seulement *exploratrice*, mais encore *curative*.

Il n'est donc plus permis, grâce à la *perte de transparence de l'incisive* et à la ponction exploratrice, de méconnaître l'altération radiculaire, même dans ces cas que j'étudie, où aucun signe extérieur ne donne d'emblée la notion de l'altération radiculaire.

Pour bien comprendre qu'un abcès et une fistule peuvent être liés à une lésion non appréciable d'une incisive, il faut savoir que les infections dentaires peuvent être localisées à quelques canalicules de la dentine, que la dent peut paraître absolument saine jusqu'au moment où le microscope révèle des altérations limitées à quelques canalicules.

Cette remarque a été faite bien souvent par M. Galippe (communication orale), et elle s'applique non seulement aux incisives, mais encore aux autres dents, et en particulier aux dents de sagesse.

La *pathogénie* de cette lésion radiculaire est encore obscure. Il est admis qu'à la suite d'une chute sur la face, les dents incisives peuvent recevoir un choc, et que la mortification de la pulpe dentaire peut être la conséquence de cet ébranlement, qui a pour effet de rompre les connexions vasculaires et nerveuses de ce cerveau dentaire. Survienne une infection d'ordre chimique ou microbien (et cette infection est singulièrement facilitée par la disparition de l'émail et la mise à nu des canalicules de la dentine au niveau de

[1] Je suis heureux de remercier nos confrères MM. les docteurs David et Galippe des renseignements techniques qu'ils ont bien voulu me fournir sur cette question.

la portion libre, agissante, de la dent incisive), survienne, dis-je, une infection, et ces deux causes réunies, mortification de la pulpe et infection, amèneraient une altération radiculaire.

Ce qui est certain, c'est qu'un petit stylet coiffé d'ouate, introduit dans la cavité de la dent, après la trépanation, ramène des débris mortifiés de la pulpe et du pus.

Une autre question non encore élucidée est celle de l'altération de la mâchoire. Dans toutes ces observations, on note qu'un stylet, conduit à travers la fistule, a révélé une dénudation de la mâchoire : il est probable que le pus se creuse *un canal intra-osseux* à travers les deux tables du maxillaire et vient sourdre au voisinage de son rebord inférieur ; de là ce foyer d'ostéite accusé par le stylet et dont la constatation devient pour l'explorateur non prévenu une cause d'erreur.

Le pus de ces abcès a d'autant moins de tendance à s'ouvrir dans le vestibule de la bouche que les racines des incisives plongent au-dessous d'une ligne répondant au sillon labio-gingival.

Le *traitement* de la lésion que nous venons d'étudier est relativement facile, et il suffit de parcourir nos cinq observations pour voir que TROIS procédés opératoires ont été employés avec succès.

Le *drainage de la dent* a été pratiqué chez les deux malades du professeur Le Fort. Ma petite malade a subi la *greffe dentaire.* Le Dr Beurnier a fait une trépanation directe de la racine de l'incisive.

Laissons de côté la *trépanation directe*, qui exige une véritable opération, et que, d'ailleurs, M. Beurnier n'a employé que faute d'une instrumentation nécessaire : elle n'est à conseiller que lorsqu'on n'a pas sous la main l'outillage nécessaire à la trépanation ou l'habitude de la greffe dentaire.

Le *drainage de la dent* se fait par un petit perforateur, introduit verticalement dans la cavité dentaire, en arrière de l'incisive et mmédiatement au-dessus de ce *renflement* que porte l'incisive au niveau de son collet. Par ce puits intra-dentaire sort le pus, les débris de la pulpe, et le chirurgien peut instituer un traitement antiseptique (injections modificatrices). Le désordre est minime, l'orifice abrité, caché, et on peut l'obturer au bout de quelques jours lorsque la fistule est formée.

La *greffe dentaire* n'est pas moins ingénieuse ; elle consiste à enlever la dent malade (nous savons qu'on peut la reconnaître), à réséquer la portion malade d'un coup de ciseau et à *réimplanter la dent* après cette toilette. Cette dent reprend toujours, affirment les spécialistes. Rien n'est plus facile que de faire la part du mort et du vif. La portion malade de la racine est moins *transparente* (par suite d'une altération graisseuse), elle *est coiffée de fongosités*,

et au-dessus d'elle existe une sorte d'*épaississement* résultant de l'ostéite productive. Ce sont là trois caractères qui permettent de bien apprécier les limites de la zone malade et de la zone saine.

Cette greffe dentaire est à la portée de tous : elle n'exige aucune instrumentation spéciale. Elle serait suivie d'un succès constant. Ce sont là des conditions qui, dans les cas particuliers que nous étudions, en font une opération de choix.

Discussion.

M. ROUTIER. A l'occasion d'un concours au Bureau central, le professeur Richet me fit observer, à propos d'un fait analogue à ceux de M. Gérard-Marchant, que toutes les fistules des maxillaires étaient d'origine dentaire. Depuis cette époque, j'ai vu deux faits semblables ; il a été nécessaire, pour obtenir la guérison, de dénuder le maxillaire, de sectionner la racine sur place, et, de cette manière, on put éviter l'ablation de la dent et sa réimplantation. Le siège de la fistule et de la lésion dentaire peut varier ; mais la pathogénie et le traitement restent les mêmes.

M. MONOD. M. Gérard-Marchant n'a-t-il parlé avec intention que des fistules liées aux lésions radiculaires des incisives, et s'agit-il là de quelque chose de particulier à ces dents ? J'ai observé une malade portant une fistule sur une des parties latérales du maxillaire et chez laquelle l'ablation d'un chicot n'a pas donné de guérison. Ne pourrait-il s'agir d'une lésion radiculaire d'une dent voisine ?

M. TILLAUX. Je partage tout à fait l'avis de M. Richet ; j'ai écrit dans mon *Traité d'anatomie chirurgicale* que toutes les fois qu'il existe une fistule au niveau des maxillaires, cette fistule est d'origine dentaire ; pour le menton, les fistules sont dues à des lésions des racines des incisives. Récemment, chez une malade atteinte d'une fistule ancienne, j'ai annoncé et obtenu une guérison rapide du trajet par l'ablation de la dent ; la section de cette dent avec la scie a nettement montré la lésion profonde dont elle était atteinte. Ces lésions fistuleuses peuvent persister indéfiniment si on en méconnaît la cause, et elles sont quelquefois prises pour des manifestations tuberculeuses.

Il ne faut pas croire que la dent n'est pas en cause parce qu'elle n'est pas malade en apparence.

M. QUÉNU. Comme M. Gérard-Marchant, je crois que ces fistules sont dues à une infection des racines dentaires. Il me semble cependant qu'il ne faut pas généraliser le fait ; il peut arriver que la

lésion de la racine guérisse et qu'il persiste au voisinage un décollement et un abcès. J'ai observé chez une jeune fille un petit trajet fistuleux siégeant à la voûte palatine et se dirigeant vers l'une des incisives médianes ; je me contentai de fendre le trajet fistuleux, de le gratter avec une curette et d'en faire un nettoyage soigné ; la guérison fut obtenue sans que j'aie à m'occuper de la dent ; cette intervention a suffi, et la guérison persiste. La lésion dentaire peut donc guérir spontanément, alors que persiste la fistule dont elle a été la cause.

M. Th. Anger. Ces fistules mentonnières sont connues. Pour la mâchoire supérieure, j'ai un fait analogue à celui de M. Quénu : un homme de 30 ans avait un orifice fistuleux au milieu de la voûte palatine et une incisive médiane douteuse. M. Magitot arracha cette dent, sectionna sa racine et fit la réimplantation ; la guérison fut rapide et définitive.

Le point remarquable était la situation du trajet fistuleux ; celui-ci siégeait au milieu de la voûte palatine, et il guérit par la seule intervention portant sur la dent.

Communications.

Plaie de l'intestin par coup de feu ; péritonite ; laparotomie ; suture de l'intestin ; guérison, par M. Cerné (de Rouen) (Commission, MM. Polaillon, Nélaton ; M. Kirmisson, rapporteur).

Mèche de gaze iodoformée perdue dans l'abdomen ; ablation par une nouvelle laparotomie, par M. Michaux (M. Jalaguier, rapporteur).

Présentation de pièce.

Grossesse extra-utérine tubaire.

M. Monod présente une grossesse extra-utérine tubaire extraite par la laparotomie médiane.

Observation [1]. — Femme de 28 ans, toujours régulièrement réglée, n'a jamais été malade. Mariée à 20 ans et demi ; a eu deux enfants, le premier treize mois après le mariage, le second dix-huit mois après le premier, il y a aujourd'hui quatre ans et demi.

[1] Rédigée d'après la note de M. Bresard, interne du service.

Cette femme a continué à se bien porter jusqu'à la fin de décembre 1891, époque à laquelle elle consulte le Dr Damalix pour des « pesanteurs » siégeant dans le bas-ventre ; elle avait à ce moment un retard de quinze jours.

Le Dr Damalix, après l'avoir minutieusement examinée, lui déclare que, sans pouvoir naturellement rien dire au sujet d'une grossesse possible et qui ne daterait que de quinze jours, il peut du moins lui affirmer qu'il ne trouve rien dans l'abdomen ni dans le bassin qui puisse expliquer les douleurs dont elle se plaint, « que tout était bien en place et qu'il n'y avait aucune inquiétude à avoir ».

Quelques jours plus tard (1er janvier 1892), la malade éprouva de vives douleurs dans le bas-ventre, accompagnées de lipothymies, qui la forcèrent à garder le lit pendant huit jours.

Le 15 janvier, tout d'un coup, sans douleurs prémonitoires, expulsion d'un caillot dur, de la grosseur d'un œuf de poule, qu'un médecin appelé de suite affirma être un embryon ; c'est, en effet, sous le nom de *fausse couche* que la malade nous raconte l'accident survenu à ce jour.

Depuis lors, et bien que restant au lit, la malade continue à perdre du sang tous les jours, sans interruption, mais modérément.

Elle entre à l'hôpital en cet état.

Palpation. — La palpation simple ne révèle aucune tuméfaction du ventre, mais provoque à droite, au niveau du petit bassin, une douleur qui n'existe pas à gauche.

Toucher. — Le col est notablement augmenté de volume, non ramolli. L'utérus est peu mobile ; mais il a sa direction normale.

A gauche, le cul-de-sac est libre. A droite, par contre, existe une tumeur très appréciable par le palper et le toucher combinés. Cette tumeur, qui semble grosse comme le poing, occupe tout le cul-de-sac latéral droit et se continue dans le cul-de-sac postérieur, embrassant, en croissant, la partie droite de l'utérus, bien qu'elle lui soit fortement adhérente et mobile avec lui. Sa consistance est uniforme, réductible, non fluctuante.

Les mouvements imprimés à la tumeur et à l'utérus sont douloureux.

Signes rationnels et de voisinage. — Il n'y a plus de douleurs spontanées, mais un sentiment de grande faiblesse. Pas de fièvre. Pas de leucorrhée. Miction facile, mais défécation pénible.

Les pertes sanguines persistent, peu abondantes, mais quotidiennes. Elles s'arrêtent pendant deux jours, le 23 et le 24 mars, pour reparaître le 25 avec quelques douleurs sourdes.

En raison de ces pertes et surtout de l'antécédent d'une fausse couche récente, affirmée par le médecin de la malade, l'idée d'une grossesse extra-utérine ne vint même pas à l'esprit, et le diagnostic porté fut celui de *salpingite droite,* dont l'ablation est proposée et acceptée.

Opération le 29 mars. Après incision de la paroi abdominale, le doigt découvre profondément dans le petit bassin, en arrière et à droite de

l'utérus, une tumeur arrondie, fluctuante, grosse comme une orange moyenne, absolument immobilisée. Le ligament large qui la recouvre forme en avant et au-dessus d'elle comme une sangle qui l'enserre Cette sangle est coupée entre deux clamps.

La tumeur devient alors un peu plus accessible, mais non plus mobile. Il faut agrandir l'incision abdominale pour permettre à la main de plonger tout entière dans le petit bassin et aux doigts de décoller péniblement les segments antérieurs et postérieurs de la tumeur ; ils parviennent enfin à se glisser au-dessous d'elle et à la mobiliser.

Faisant effort pour l'extraire, M. Monod sent qu'elle cède sous ses doigts. Il précipite alors le mouvement et l'amène dans la plaie en même temps que de nombreux caillots qui la remplissaient ; au milieu de ces caillots se trouve un petit fœtus de 3 mois et demi à 4 mois.

Les parois de la poche ainsi en partie vidée adhèrent en trois points principaux, à la corne droite et à la face postérieure de l'utérus, en dedans ; au ligament large, en dehors ; au côlon ascendant, en arrière. Les adhérences à la corne utérine et au ligament large sont saisies avec des clamps et liées à la soie. L'adhérence au côlon est assez facilement détruite, bien qu'elle s'étende sur une longueur de 3 centimètres sur une largeur de 2 centimètres et demi ; en la détachant, il se produit un petit écartement de l'intestin n'intéressant pas la muqueuse, sur laquelle on applique une simple ligature au catgut en bourse.

L'adhérence à la face postérieure de l'utérus, plus forte et plus étendue, est peu à peu détachée avec l'ongle, mais non complètement ; un fragment de la poche doit en ce point être laissé en place.

La cavité du petit bassin où plongeait la tumeur est exactement nettoyée à l'éponge, sans lavage. Elle paraît tellement propre et tellement étanche que l'on renonce à y placer le sac du gaze iodoformée de Mickulicz, et le ventre est complètement fermé par une suture à triple étage (les annexes du côté gauche, explorées avant la fermeture du ventre, sont normales).

Suites. — Aucune réaction ni locale ni générale. Ni douleur ni vomissements. La température (vaginale) n'a, pendant les huit jours suivants, pas dépassé 37°,8 le soir. Actuellement (7 avril), la malade peut être considérée comme guérie.

Examen de la pièce. — La tumeur forme dans son ensemble une masse noirâtre du volume d'une orange.

Elle est formée d'une enveloppe qui n'existe plus que dans la partie qui regardait en avant et en haut et qui recouvre une masse noirâtre. Cette *enveloppe*, épaisse de 1 à 2 millimètres, est résistante. Elle se continue manifestement avec la trompe, dont la paroi inférieure n'existe plus, tandis que sa paroi supérieure fait partie du segment supérieur de la tumeur. L'extrémité interne de la trompe prolonge la tumeur en haut et en dedans, formant le pédicule qui le rattache à la corne utérine. On aperçoit, en effet, en examinant la surface interne de l'enveloppe ou son segment interne, une dépression ; un stylet glissé dans cette dépression s'enfonce dans un canal qui lui fait suite et ressort

dans le prolongement sus-décrit ; ce prolongement, long de 2 centimètres et de la grosseur du petit doigt, canaliculé, est donc bien l'extrémité interne de la trompe. Il n'existe plus trace du pavillon de la trompe.

La grossesse est manifestement tubaire. La tumeur s'est formée aux dépens de la moitié externe de la trompe, dilatée de façon à former la partie antéro-supérieure de la poche ; sa moitié interne est intacte et reliait la tumeur à l'utérus.

Le *contenu* n'est autre que le gâteau placentaire adhérant lâchement à l'enveloppe ; sa face fœtale, avec les différentes membranes de l'œuf, regardait en bas et en arrière du côté du sacrum. Le reste de la masse était formé par des caillots cruoriques.

Le fœtus macéré présente, étendu, une longueur totale de 12 centimètres ; les organes génitaux sont nettement développés, révélant le sexe masculin. La face et les membres présentent toutes leurs formes bien distinctes. L'ensemble des caractères est ceux attribués aux fœtus de 3 à 4 mois par M. Pinard (art. Fœtus du *Dict. Encyclopédique*).

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 6 avril 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Brun, demandant un congé d'un mois pour raison de santé ;

3° *Topographie des scissures interlobaires des poumons ; traitement chirurgical de la pleurésie purulente interlobaire*, par M. Eugène Rochard ;

4° MM. Jouon et Phocas, membres correspondants nationaux,

adressent les mémoires et observations suivants, dont lecture sera donnée à une prochaine séance : A. *De la résection et de la suture de l'urètre*, par M. Jouon (de Nantes) ; — B. *Note sur la position de Rose dans l'opération des becs-de-lièvre*, par M. Phocas (de Lille).

M. Chalot (de Toulouse), membre correspondant, assiste à la séance.

M. le Président annonce la vacance d'une place de membre titulaire. Les candidats ont un mois pour faire valoir leurs titres à cette place.

Suite de la discussion sur l'appendicite.

M. Schwartz. J'ai eu l'occasion d'observer, depuis ma dernière communication sur l'appendicite, un certain nombre de cas nouveaux que je tiens à vous rapporter pour contribuer à éclairer autant que possible la clinique et la thérapeutique de cette affection.

Je vous ai rapporté l'année dernière un cas d'extirpation de l'appendice iléo-cæcal faite en pleine période de rémission chez un jeune homme de 18 ans qui avait eu en l'espace d'une année douze poussées inflammatoires et douloureuses du côté de la fosse iliaque droite.

Vainement traités par le repos, les révulsifs, l'opium, etc., etc., l'extirpation par la fosse iliaque droite nous a montré ces appendices à parois très épaisses, nullement ulcérées, adhérant à la fosse iliaque et au cæcum intact et contenant dans son intérieur un calcul fécal mobile.

Depuis, tous les accidents ont cessé, et nous avons pu revoir notre opéré guéri, il y a de cela une quinzaine de jours.

Depuis, nous avons observé quatre nouveaux faits dont voici sommairement la relation.

I. — Jeune homme de 19 ans, pris subitement d'une douleur très violente dans la fosse iliaque droite, avec coliques, vomissements; peu de ballonnement du ventre. La température monte à 38°,2.

On sent dans la fosse iliaque droite une tuméfaction rénitente très douloureuse, localisée exactement à ce niveau.

Tous les accidents cèdent en quatre jours à l'application permanente de la glace, à des prises d'extrait thébaïque, enfin à un purgatif léger. Depuis, aucun accident.

II. — Il s'agit d'une femme de 60 ans; déjà, six mois auparavant,

à la suite d'une constipation opiniâtre, elle avait été prise de douleurs dans le côté droit du ventre; puis tout avait disparu sous l'influence d'un purgatif. Il y a trois semaines, elle est prise de nouvelles douleurs avec état nauséeux, ballonnement du ventre, constipation opiniâtre. L'administration par le médecin de purgatifs n'amène aucun soulagement ; loin de là. La douleur devient de plus en plus vive, la région se tuméfie, et je constate manifestement, lors de ma première visite, l'existence d'une énorme collection dans la fosse iliaque droite. Je l'ouvre par une large incision et tombe dans deux abcès en bouton de chemise, le premier sous-péritonéal, le second iliaque, entourant le cæcum, sans que nous ayons pu découvrir traces de l'appendice, traces de corps étranger. Issue d'un grand verre de pus fétide. Lavage et drainage. A partir de ce moment, guérison rapide sans aucun incident notable. Selles abondantes sous l'influence d'un laxatif. Deux jours après l'opération, il n'y avait ni pus ni sang.

III. — Femme de 70 ans. Ici encore, à la suite de coliques violentes, d'une constipation opiniâtre, sans vomissements, sans météorisme, formation lente en l'espace de trois semaines d'une énorme collection purulente iliaque qui donne issue à un pus d'odeur fécaloïde. L'exploration de la cavité permet de constater qu'il n'y a nulle part trace de l'appendice : on ne le sent pas. Drainage, après lavage. Guérison.

IV. — Le dernier cas est celui d'une jeune femme de 24 ans qui entre au mois d'avril dernier dans mon service de l'hôpital Cochin.

Elle est prise le 9 avril de douleurs dans le bas-ventre avec constipation et inappétence. Malgré tout, elle continue à travailler, quand huit jours après, vers six heures du soir, elle éprouve une violente douleur dans la fosse iliaque droite, en même temps qu'un gros frisson; la nuit, elle a deux ou trois vomissements glaireux. La température est à 39°,5 le soir. Elle entre dans le service de notre collègue le Dr Hirtz, où l'on constate que la fosse iliaque droite est remplie par une masse du volume du poing, rénitente, excessivement douloureuse, absolument immobile. Rien du côté de l'utérus et des annexes.

Traitement du 17 au 26 avril par les purgatifs légers, les vésicatoires, les injections de morphine.

Le 25 avril, on remarque une légère flexion de la cuisse sur le bassin et on fait passer la malade dans notre service. Nous constatons au niveau de la région lombaire droite et du côté du flanc l'existence d'une grosse tuméfaction profondément située et qui paraît fluctuante. Avec l'appareil Potain, nous faisons une ponction qui nous fait tomber dans une poche manifestement liquide et d'où

nous retirons un pus horriblement fétide. Laissant le trocart en place, nous nous en servons comme conducteur pour inciser couche par couche parallèlement à la crête iliaque et ouvrir largement le foyer de l'abcès qu'il est alors facile d'explorer de l'œil et du doigt. Le cæcum forme la paroi antérieure; l'appendice iléocæcal flotte dans la cavité, tout à fait sphacélé et se laissant enlever par lambeaux sans qu'il soit possible de découvrir le moindre corps étranger.

Drainage après lavage de la cavité ; trois pinces à demeure sont laissées sur les artères profondes.

Tout s'est bien passé les jours qui ont suivi l'intervention. La malade a parfaitement guéri, mais après avoir conservé une fistule qui ne s'est fermée qu'au bout de sept mois, sans qu'il y ait jamais eu issue de matières fécales.

Tels sont les faits que nous avons pu observer et opérer nous-même.

Notre collègue M. Broca me permettra d'y ajouter un dernier malade qu'il a opéré dans mon service il y a dix-huit jours, et qui va le quitter sous peu, la guérison marchant très rapidement.

V. — Il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années qui fut pris de tous les signes d'une appendicite sérieuse avec propagation imminente au péritoine; M. le docteur Broca, appelé en mon absence, constata la présence d'une collection purulente située au-dessus de l'arcade crurale, dans la zone appendiculaire; il l'ouvrit largement par l'incision iliaque au-dessus de l'arcade de Fallope, mais ne trouva qu'une petite quantité de pus fétide au milieu des fausses membranes, recouvrant d'un côté le cæcum, de l'autre l'intestin grêle, sans découvrir l'appendice iléo-cæcal; l'opéré, apyrétique d'abord, eut de nouveau de la fièvre et évacua les jours suivants une deuxième collection qui s'ouvrit spontanément, par la plaie déjà faite. Depuis ce moment tout a bien marché, et actuellement il est en pleine convalescence; c'est à peine s'il existe encore un peu de suppuration au niveau de l'angle interne de la grande incision iliaque réunie partout ailleurs. Fait à noter : le malade a rendu du sang dans les selles, sang presque pur, dix jours après l'opération. Cela ne s'est produit qu'une fois.

Il me semble que l'on peut diviser les cas que nous venons de rapporter en deux catégories : les uns (obs. I et IV) me semblent être sans aucun doute des appendicites ; tandis que les autres ont présenté plutôt l'évolution de typhlites à début lent et insidieux, formation lente d'énormes collections purulentes. Je n'insisterai en terminant que sur l'observation IV, où l'abcès périappendiculaire est resté fistuleux pendant très longtemps; nous croyons de-

voir l'attribuer aux nombreux débris sphacélés qui existaient dans la poche, et à la rigidité des parois du foyer, qui ne s'est comblé par bourgeonnement que lentement et peu à peu.

M. Delorme. J'ai, dans ma dernière communication à la Société, insisté après M. Richelot et bien d'autres, sur la fréquence de la typhlo-appendicite tuberculeuse. Depuis lors, une visite faite, ces jours derniers, dans le service médical d'un de mes collègues du Val-de-Grâce, M. Antony, à l'occasion d'un examen de médecine et de chirurgie, a accusé ma conviction. Sur 23 cas de tuberculose pleuro-pulmonaire peu avancée, réunis dans ses salles, se trouvent *deux* blessés atteints actuellement de typhlo-appendicite. Tous deux présentent un empâtement douloureux dans la fosse iliaque droite, sans réaction péritonéale et sans diarrhée pour le moment; mais un de ces malades a présenté, à différentes reprises, des selles diarrhéiques. L'un et l'autre ont des lésions pleuro-pulmonaires de nature spécifique, et mon collègue n'a pas hésité à porter le diagnostic de typhlo-appendicite tuberculeuse. Ces faits ne semblent rares aux chirurgiens que parce que ceux-ci ne sont d'ordinaire appelés que pour le traitement des appendicites à grand fracas.

Malgré toute l'autorité qui s'attache aux opinions de M. Terrier et le regret que j'éprouve d'être en contradiction avec lui, je ne puis admettre que mes observations de typhlo-appendicite tuberculeuses soient sans valeur parce qu'elles « n'ont pas reçu la sanction d'un examen microscopique et bactériologique ». Admettre cette donnée, c'est oublier déjà que le cadre de l'entéro-appendicite tuberculeuse était non seulement précisé, mais déjà bien rempli d'observations de valeur avant l'emploi de ces moyens d'investigation ; c'est, de plus, et ce point est plus important, reconnaître implicitement qu'un diagnostic n'est guère possible qu'après l'intervention chirurgicale. Or, tous les jours nos collègues de médecine s'appuyant surtout sur la coexistence de lésions pleuro-pulmonaires tuberculeuses et de poussées moyennement douloureuses dans la fosse iliaque droite avec empâtement péri-cæcal, sans grande réaction, posent (et je n'ai fait que les suivre dans mes cas) le diagnostic de lésion tuberculeuse de la région iléo-cæcale locale et générale, ayant appris par les autopsies que la tuberculose intestinale est une complication très fréquente de la tuberculose thoracique.

Si ce rapprochement suffit pour assurer ce diagnostic, pour classer une observation avant l'intervention, il doit suffire encore après cette dernière. Pour moi, tout en reconnaissant que dans tous les cas, ces examens post-opératoires ajoutent à la rigueur

de l'observation, je crois qu'on n'est en droit de les réclamer, de les juger indispensables, que dans les cas litigieux : par exemple, lorsque la tuberculose pulmonaire n'est pas affirmée par des signes nets, lorsque le processus tuberculeux a débuté par l'intestin et que les organes thoraciques ou d'autres régions du corps ne présentent pas traces de lésions tuberculeuses, ce qui est rare, puisque des médecins autorisés ont pu affirmer qu'ils n'avaient jamais vu de tuberculisation intestinale sans tuberculisation d'autres organes, ou bien lorsque la confusion avec le cancer de l'intestin ou l'actinomycose est possible.

Aux signes locaux d'anatomie macroscopique que je me suis plu à rappeler, parce qu'ils guident le chirurgien dans son intervention, j'ajouterai la dureté de l'extrémité terminale du petit intestin, indice d'ulcérations circulaires.

La discussion sur l'appendicite est close.

Communication.

Cure radicale d'une fistule congénitale complète du cou par une méthode opératoire nouvelle.

Par M. le Dr V. Chalot,
professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

L'observation que j'ai l'honneur de présenter à cette savante compagnie, et que je me permettrai de recommander à sa bienveillante attention, inaugure la thérapeutique opératoire, je crois, rationnelle des fistules congénitales complètes du cou. C'est la première qui est publiée en France, et, si je ne m'abuse, elle est parfaitement propre à justifier la réforme des idées et de la pratique courante sur ce point intéressant de la chirurgie.

On sait, en effet, que dans tous les pays la tradition a condamné jusqu'à présent le traitement opératoire des fistules complètes, comme étant dangereux, très aléatoire, extrêmement difficile. Seul, je crois, parmi les auteurs nouveaux, M. Albert Broca a émis l'idée, dans le *Traité de chirurgie*, que notre art n'était peut-être pas tout à fait désarmé dans le traitement des fistules complètes, et il ajoute que l'extirpation est bien susceptible de réussir pour elles comme elle l'a fait pour des diverticules pharyngo-œsophagiens. Réserve faite pour le moyen, j'avais pensé aussi de mon côté à la curabilité opératoire de ces fistules, et je n'attendais qu'une occasion pour essayer quelque progrès dans ce sens. Le

résultat que j'ai obtenu prouve la justesse de nos prévisions aussi bien que le mal fondé de la doctrine classique.

Voici donc la pièce à conviction, l'observation. Après l'avoir exposée, je présenterai quelques conclusions et propositions sommaires qui ont pour but d'établir définitivement dans la pratique la cure opératoire des fistules complètes et d'en régler la technique, au moins dans les points fondamentaux.

A. — *Observation.*

Le 27 août 1891 est entré dans mon service, salle Saint-Lazare, n° 17, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, un jeune homme de 17 ans, L. C..., qui est né et domicilié dans la même ville. Il demande à être guéri d'un écoulement de pus abondant qui se fait depuis plusieurs années, soit spontanément, soit sous la pression des doigts, du col de la chemise, de la cravate, à la partie antéro-inférieure du cou du côté droit.

Examen. — Je constate d'abord que l'écoulement de pus en question a lieu par un orifice arrondi, large de 1 millimètre, bordé d'un étroit anneau blanchâtre, situé à fleur de peau sur le bord interne même du muscle sterno-mastoïdien droit, à 2 centimètres et demi au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule correspondante, et à 1 centimètre et demi en dehors de la ligne médiane du cou. A l'expression, de haut en bas, il sort une cuillerée à café d'un pus crémeux, visqueux, jaune rougeâtre. Sous la peau et dans la direction de l'angle de la mâchoire ou, pour parler autrement, de la grande corne de l'os hyoïde, à partir du susdit orifice, je sens un cordon un peu aplati, consistant, rectiligne, large de 5 millimètres environ, ayant par conséquent le volume d'une grosse plume d'oie, roulant sous les doigts, bien distinct des parties voisines. Très superficiel en bas, ce cordon devient plus profond au fur et à mesure qu'il se rapproche de la grande corne hyoïdienne, si bien que le doigt en perd la trace au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, c'est-à-dire après un trajet accessible de 4 centimètres à 4 centimètres et demi. Un fin stylet de trousse entre d'abord difficilement, puis arrive sans peine et sans arrêt dans l'intérieur du cordon jusqu'à une profondeur de 3 centimètres ; là, sensation d'une sorte de valvule annulaire, que je surmonte pourtant avec un très léger effort, et alors le stylet s'engage en quelque sorte d'un trait, mais *profondément*, de dehors en dedans, jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire, à une hauteur totale de 11 centimètres. Son extrémité mousse ne peut être sentie à travers la paroi latérale du pharynx au moyen de la pulpe de l'index droit que j'ai introduit dans la bouche et que j'ai promené derrière et devant le pilier postérieur, sur l'amygdale, au-dessus de la base de la langue. Au-dessous de l'orifice externe, le conduit fistuleux forme un cul-de-sac arrondi haut d'un demi-centimètre. Le cathétérisme ne produit aucun trouble réflexe, aucune sensation chez le patient. Craignant de perforer la partie supérieure du trajet en cherchant à vérifier avec le stylet s'il existe un orifice interne,

et, d'autre part, non convaincu que cet orifice n'existe pas, je mets de côté le stylet et j'ai recours à des injections colorées avec du permanganate de potasse. Pendant qu'un de mes internes pousse doucement l'injection par l'orifice cutané de la fistule, que j'abaisse moi-même la langue avec une valve plate tenue de la main gauche et que je refoule en arrière la commissure droite des lèvres avec l'index droit, j'inspecte l'arrière-cavité buccale et surtout la région latérale droite du larynx. Je vois aussitôt le liquide coloré sortir en filet très ténu, *à 2 millimètres en dehors du bord libre du pilier postérieur droit, sur sa face antéro-externe, dans la rainure peu profonde qui le sépare de l'amygdale, à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de cette glande, à 1 centimètre et demi au-dessus du bord de la base de la langue, à 1 centimètre au-devant de l'épiglotte.* Pendant que l'injection passe dans le conduit fistuleux, le patient accuse une vive sensation de froid dans l'oreille correspondante et au fond du conduit auditif externe, dans lequel il porte instantanément son index droit ; le liquide coloré ne sort ni par le conduit auditif, ni du côté du pharynx, ailleurs que dans le point précité. L'orifice interne du trajet a la forme d'une fente verticale, *qui est haute de 2 millimètres environ*, et dont les lèvres accolées s'écartent un peu quand je tends le pilier postérieur en dedans avec une longue pince à dents de souris. Un stylet recourbé, introduit prudemment par cet orifice, ne pénètre pas au delà de 1 centimètre et demi ; mais on le sent avec un autre stylet introduit par l'orifice externe.

L'écoulement qui se fait à la partie inférieure du cou a toujours existé depuis la naissance, ainsi que l'affirme très nettement la mère du jeune homme. Seulement, il n'est purulent et abondant que depuis quelques années ; auparavant, le liquide qui émanait de la fistule était comme une solution de gomme un peu louche. Jamais la mère ni le jeune homme n'ont constaté que des liquides déglutis ou des parcelles alimentaires soient sortis par la fistule.

Aucune autre malformation, si ce n'est l'insertion anormale des piliers postérieurs sur le voile du palais ; cette insertion se fait sur les côtés mêmes et un peu en arrière de la base de la luette, d'où un rétrécissement considérable de l'isthme naso-pharyngien que forment les deux piliers et une élévation exceptionnelle du voile du palais. La voix un peu nasonnée du patient peut être attribuée à ces dispositions.

A l'examen microscopique, le liquide extrait de la fistule montre : 1° un grand nombre de globules de pus ; 2° plusieurs globules muqueux ; 3° des hématies plus ou moins altérées ; 4° des cellules épithéliales, les unes pavimenteuses, les autres cylindriques, mais celles-ci dépourvues de cils vibratiles.

Diagnostic : Fistule congénitale, complète, sous-hyoïdienne et latérale du cou.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE. — (*a*) *Discussion du mode d'intervention.* — Le patient veut être débarrassé à tout prix de son infirmité ; mais, comme il est ouvrier et qu'il ne peut faire un long séjour à l'hôpital, il me prie d'employer les moyens les plus rapides. Je ne songe donc

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 44.5.92. *Le Gérant* : G. MASSON.

nullement à l'essai des *injections irritantes* pour convertir la fistule en fistule borgne externe; moyen très aléatoire, lent, douloureux. D'autre part, l'*extirpation totale*, quoique pratiquement réalisable, ne me paraît pas être sans danger dans la partie de la fistule intermédiaire à la grande corne do l'os hyoïde et à son orifice interne. *Cette partie sus-hyoïdienne est le segment véritablement périlleux au point de vue de l'exérèse;* j'ajouterai même que sa dissection doit être *difficile*, autant que j'ai pu en juger chez mon opéré..., à moins de se donner du jour en abattant l'angle de la mâchoire ou en le relevant par une ostéotomie linéaire, ce qui compliquerait encore le pronostic opératoire, outre divers autres inconvénients. Quelques nécropsies, surtout celle plus précise de Watson, et quelques biopsies opératoires (Rehn, C. Hunter) nous apprennent, en effet [1], qu'au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, la fistule s'engage au-dessous du ventre postérieur du digastrique; qu'elle passe contre le nerf grand hypoglosse et l'artère faciale; qu'elle se place profondément entre les deux artères carotides et qu'elle côtoie le bord latéral du pharynx pour aller s'ouvrir dans sa cavité. Les vaisseaux veineux (jugulaire interne, plexus pharyngien, etc.) doivent aussi entrer en ligne de compte. L'extirpation totale est donc une opération trop sérieuse pour qu'on y ait recours d'emblée, s'il est démontré qu'on peut arriver au même résultat avec une opération moins grave.

(*b*) *Plan opératoire.* — Ces considérations m'ont amené à imaginer le plan suivant : 1° *fermer d'abord directement l'orifice interne, de préférence par la suture immédiate;* 2° *extirper le trajet le plus haut possible depuis l'orifice externe jusqu'à la grande corne de l'os hyoïde ou un peu au-dessus;* 3° *cureter à vif le tronçon supérieur* (*ou dangereux*) *du trajet dans toute sa hauteur et dans toute sa circonférence jusqu'au niveau de l'orifice interne déjà fermé;* 4° *laisser ce tronçon librement ouvert à l'extérieur au niveau de la grande corne hyoïdienne, en cas d'insuccès de l'occlusion pharyngienne et de rétention purulente, et l'abandonner à sa propre oblitération secondaire par bourgeonnement;* 5° *enfin, réunir de suite tout le reste de la plaie du cou.* Tous les temps qui viennent d'être signalés doivent être exécutés de préférence dans une seule et même séance.

(*c*) *Exécution.* — Le plan a été suivi dans son intégralité, avec cette seule différence que j'ai dû le répartir en deux séances, le patient étant un peu fatigué après le premier temps et les besoins du service m'ayant pris une grande partie de la matinée.

1re séance, le 31 août : occlusion directe de l'orifice interne. Après avoir irrigué plusieurs fois la fistule avec une solution de permanganate de potasse (0.50 0/00), je badigeonne la gorge avec une solution de chlorhydrate de cocaïne (4 0/0); la gorge a été déjà désinfectée

[1] Pour le moment, car nous n'avons pas encore une bonne synthèse topographique qui permette de se faire une idée nette des rapports du trajet fistuleux dans sa partie sus-hyoïdienne.

depuis la veille par des gargarismes au thymol (1 0/00). Pendant que le patient se tient debout en face d'une des fenêtres de ma salle d'opérations, la bouche bien éclairée par le soleil, je mets en place l'ouvre-bouche de Collin ; je fais pousser une nouvelle injection colorée par la fistule afin de vérifier de nouveau le siège exact de son orifice pharyngien ; puis je blanchis son pourtour avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent pour ne plus le perdre de vue. Cela fait, tandis que l'aide tire sur la partie supérieure de l'amygdale avec une pince à griffes et que moi-même tends en dedans et en avant la partie inférieure du pilier postérieur afin de rendre plus accessible l'orifice de la fistule, je transfixe son trajet à 4 millimètres environ en arrière de l'orifice au moyen d'une aiguille courbe armée d'un fil de soie aseptique n° 2; l'aiguille a été passée de dedans en dehors par la face postérieure et interne du pilier postérieur et va ressortir en pleine amygdale à un demi-centimètre on dehors et en avant de l'orifice fistuleux. Je retire l'aiguille et laisse le fil en place. Pendant que les chefs sont modérément tendus, j'avive le pourtour de l'orifice avec la pointe d'un ténotome droit, tout en prenant garde de couper le fil qui est à peu de distance en arrière de la zone avivée : puis je ferme l'orifice en nouant deux fois le fil, et coupe les chefs à 3 millimètres du nœud. Une injection de permanganate faite par l'orifice externe démontre que l'occlusion est parfaite : aucune goutte de liquide ne sort autour du point.

L'application du fil a été, je l'avouerai, laborieuse ou plutôt ennuyeuse à cause des mucosités abondantes que provoquait chaque fois la prise de l'amygdale et du pilier ; il a fallu plus de vingt fois appliquer et retirer la pince destinée à tendre les tissus et à faire saillir l'orifice pharyngien. L'anesthésie cocaïnique n'était certainement pas suffisante en dépit de maints badigeonnages.

Après avoir fermé l'orifice interne, afin de rendre plus facile l'écoulement des sécrétions qui se forment dans la fistule, je débride son orifice cutané par une incision verticalo de 1 centimètre. Pansement à la gaze iodoformée et au coton hydrophile. Je recommande au patient de continuer avec soin les gargarismes thymolés. Diète exclusivement liquide : lait, bouillon, etc.

2e séance, le 1er septembre : extirpation de la majeure partie de la fistule, et curetage de son tronçon pharyngien. Après l'anesthésie chloroformique et la toilette antiseptique ordinaire — le cou étant fortement tendu sur un rouleau et le menton bien tourné à gauche — je place dans le trajet une sonde cannelée et l'introduis le plus loin possible suivant la direction de la sonde, je fais une incision cutanée qui s'étend de 1 centimètre au-dessous de l'angle de la mâchoire jusqu'à l'orifice externe de la fistule, et ce dernier est ensuite cerné par une incision elliptique verticale, laquelle se continue en haut avec la précédente. Division successive du peaucier et de l'aponévrose cervicale superficielle ; le tronc de la veine thyroïdienne supérieure croise la face externe du trajet, il est sectionné entre deux ligatures perdues ; à 1 centimètre plus haut se voit aussi nettement, en travers et sur le même plan, le tronc veineux linguo-facial, il est également coupé entre

ligatures. L'artère thyroïdienne supérieure croise la face interne du trajet, on la voit battre; plus haut, on distingue aussi les pulsations de l'artère faciale, qui est elle-même au dedans du trajet. Dissection mousse du trajet en avant et sur les côtés, elle est facile vu la laxité du tissu conjonctif ambiant. Le trajet a l'aspect d'un cordon rubané, large de 6 à 8 millimètres suivant les points, irrégulier, moniliforme, gris rougeâtre. Dégagement avec les ciseaux du pourtour de l'orifice, ligature d'une petite branche de l'artère thyroïdienne supérieure, puis dégagement définitif du trajet, de bas en haut, en rasant toujours sa face postérieure pour éviter toute lésion artérielle nouvelle. Par la dissection j'arrive assez facilement à isoler le trajet jusqu'à 2 centimètres et demi environ au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde sous l'angle de la mâchoire; chemin faisant, je rencontre en dedans du trajet le nerf grand hypoglosse. A chaque mouvement de déglutition on voit le trajet, devenu bandelette flottante, remonter vers le haut du pharynx et se retirer sous la mâchoire. Pendant que la sonde cannelée est toujours dans la trajet, je fixe ce dernier tout à fait en haut sous la mâchoire par deux anses de soie, qui traversent l'une sa paroi antérieure, l'autre sa paroi postérieure, sont ensuite nouées isolément, et dont un chef (pour chaque anse) est laissé pendant au dehors et l'autre coupé court. Retrait de la sonde et section transversale du trajet à 2 millimètres au-dessous des nœuds des anses.

Pendant qu'un aide entr'ouvre l'extrémité inférieure du trajet en écartant et tirant les deux fils, j'y introduis une curette métallique à cataracte de Critchett, rendue tranchante pour la circonstance; je fais un raclage complet et méthodique de tout le tronçon du trajet, long de 2 centimètres et demi à 3 centimètres; léger écoulement de sang par le trajet, avec nombreux débris de muqueuse. La manœuvre de la curette a révélé une dilatation ampullaire du trajet près du pharynx.

Toilette antiseptique de toute la plaie, puis suture à points séparés de crin de Florence depuis son extrémité inférieure et son extrémité supérieure jusqu'au niveau de l'os hyoïde : là, c'est-à-dire du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la plaie, je laisse une ouverture haute de 1 centimètre et demi par laquelle sortaient, en guise de drains, les deux fils attachés à l'extrémité inférieure du tronçon fistuleux. Aucune artère importante n'a dû être liée et forcipressée. Perte de sang insignifiante. Pansement à la gaze iodoformée et au coton hydrophile.

Ainsi, dans sa portion sous-hyoïdienne, le trajet fistuleux était entièrement placé au-dessus du peaucier et de l'aponévrose superficielle, et il passait en haut entre les veines thyroïdiennes supérieures et linguo-faciale d'une part, et les artères thyroïdienne supérieure, faciale et linguale d'autre part; est-ce la règle ? Un peu plus haut, il cheminait entre le nerf grand hypoglosse et le ventre postérieur du digastrique pour s'engager très profondément vers le côté du pharynx sous l'angle de la mâchoire.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été absolument idéales : jamais de fièvre ni la moindre souffrance.

Premier pansement le 14 septembre : petite sécrétion très purulente au niveau de l'ouverture qui a été ménagée sur la plaie ; les fils sont tombés; l'ouverture est réduite de plus de moitié et bourgeonne bien. Tout le reste de la plaie s'est réuni par première intention : ablation des points de suture. Une injection de permanganate faite par la susdite ouverture ne passe pas dans le pharynx, dont le point de suture est tombé depuis six jours et dont la muqueuse est parfaitement uniforme au niveau de l'ancien orifice.

Deuxième pansement le 25 septembre : à peine quelques gouttes de sérosité louche; très petites dimensions de l'ouverture cutanée. Régime ordinaire, mais continuation des gargarismes thymolés.

Troisième et dernier pansement le 2 octobre : La cicatrice est complète sur toute l'étendue ; les parties molles sont souples et indolores sous l'angle de la mâchoire, et l'opéré se trouve tout à fait bien. Exeat.

Suites éloignées : guérison confirmée. — J'ai revu le jeune C... le 27 février 1892, c'est-à-dire cinq mois après sa sortie de l'hôpital. La guérison s'est maintenue ; il n'y a eu aucune menace d'inflammation, de retour offensif, dans les parties opérées. Le toucher pharyngien combiné avec le toucher externe ne m'a révélé aucun foyer de douleur ni d'induration. Il ne reste de l'opération d'autre stigmate, un peu apparent, il est vrai, qu'une cicatrice longue de 5 centimètres au niveau et au-dessous de l'os hyoïde.

Examen microscopique du conduit fistuleux excisé. — Cet examen a été fait par mon savant collègue et ami M. le professeur Tourneux (de Toulouse), qui a eu l'obligeance de me remettre la note suivante :

« Les parois du conduit fistuleux, mesurant une épaisseur d'environ 2 millimètres, sont formées par la superposition de deux tuniques : l'une interne, muqueuse ; l'autre externe, conjonctive.

« La muqueuse, d'une épaisseur totale de 660 à 760 μ, est tapissée à sa face interne par un épithélium qui est surtout pavimenteux stratifié dans le segment externe et surtout prismatique stratifié à cils vibratiles dans le segment interne. Le chorion sous-jacent est essentiellement constitué par du tissu adénoïde. La surface libre ou épithéliale de la muqueuse se soulève par places en mamelons arrondis ; par places aussi, des dépressions tubuleuses assez larges et tapissées par un épithélium caliciforme s'enfoncent profondément dans le chorion de la muqueuse et atteignent même dans quelques cas la tunique conjonctive externe. Nulle part on n'observe de formation acineuse.

« La tunique externe, de nature conjonctive, renferme des faisceaux lamineux à direction longitudinale dominante avec un réseau de fibres élastiques. Dans la partie supérieure du conduit, sur une étendue de plus de 1 centimètre, elle est doublée extérieurement de quelques fibres musculaires striées longitudinales, sans qu'il soit possible d'affirmer si ces fibres appartiennent en propre au conduit ou dépendent de muscles voisins. »

B. — *Conclusions.*

De l'observation qui précède, je ne veux envisager ici que le côté pratique, et je poserai les conclusions suivantes en me fondant sur elle :

1° La cure radicale opératoire des fistules congénitales complètes du cou est possible;

2° Elle est facile, rapide, inoffensive, si l'on procède comme je l'ai fait : *oblitération directe de l'orifice interne; extirpation de la majeure partie du trajet à partir de l'orifice externe; simple curettage du tronçon pharyngien, dont les rapports sont dangereux et qui est en tout cas difficile à disséquer*. Ce tronçon, laissé ouvert du côté de la peau, s'oblitère de lui-même.

3° Cette méthode est aussi efficace, beaucoup plus aisée et moins périlleuse que *l'extirpation totale du trajet*, opération récemment pratiquée en Italie par Cavazzani [1] et Tricomi [2]. Suivant les recherches bibliographiques que j'ai faites ces jours-ci à la Faculté de médecine de Paris, ces confrères ont publié deux succès ; mais il s'agit de succès opératoires, et l'on ignore les suites éloignées. Du reste, en admettant même qu'elles sont favorables, *je n'en persiste pas moins à considérer l'extirpation totale comme une méthode d'exception*, l'ultima ratio.

4° Toutes les fistules complètes sont désormais justiciables de l'intervention opératoire.

C. — *Propositions thérapeutiques.*

Voici, par conséquent, le traitement opératoire systématique que je propose pour ces fistules.

Il y a lieu d'abord, au point de vue pratique, de distinguer deux grands groupes de fistules : 1° celles qui s'ouvrent plus ou moins bas au-dessous de l'os hyoïde; elles sont ordinairement latérales, quelquefois médianes; ce sont de toutes les plus communes, comme on sait; 2° celles dont l'orifice externe siège entre l'angle de la mâchoire et l'os hyoïde.

(*a*) *Temps opératoire commun à toutes les fistules : occlusion directe de l'orifice interne.* — Il faut en premier lieu fermer cet orifice soit par la méthode sanglante, comme je l'ai fait et le préfère, soit peut-être par la cautérisation actuelle ou galvanique. Or, d'après quelques autopsies et les observations cliniques, l'orifice

[1] Cavazzani, *Riforma med.*, 7 ott., p. 31; 1891.
[2] Tricomi, *ibid.*, 28 ag., p. 541; 1891.

siège toujours en arrière ou au-dessous de la partie inférieure de l'amygdale : tantôt au-devant, tantôt au bord libre, tantôt et plus rarement en arrière du pilier postérieur. Lorsqu'on a affaire à une fistule congénitale du cou, avant de la déclarer borgne externe, on ne doit jamais manquer de recourir à l'épreuve des injections colorées : le cathétérisme ne suffit pas; et quand on a reconnu l'existence d'une orifice interne, il importe de déterminer avec précision son siège et sa forme pour être en mesure de le fermer à coup sûr. L'occlusion de l'orifice pharyngien est donc la première étape, elle est aussi l'étape essentielle du traitement chirurgical des fistules complètes, quelles qu'elles soient.

L'orifice une fois fermé, soit d'emblée, soit par bourgeonnement, les autres temps opératoires diffèrent selon l'étendue du trajet fistuleux.

(*b*) *Fistules sus-hyoïdiennes.* — Comme le trajet est court et qu'il est situé tout entier dans la zone dangereuse, je conseillerais de débrider l'orifice externe, de dilater le trajet avec la laminaire, puis de se borner au curettage méthodique de la muqueuse. Le curettage, déjà employé par Trélat pour une fistule borgne externe (voy. Guzman, *Thèse*, Paris, 1886) et recommandé aussi par M. le professeur Lannelongue dans son remarquable *Traité des affections congénitales de la tête et du cou*, me paraît bien supérieur à l'électrolyse pour détruire tout l'épithélium et tous les diverticules, glanduleux ou non, qui sont annexés à la muqueuse et dont des vestiges exposeraient à la récidive ou à l'échec.

(*c*) *Fistules sous-hyoïdiennes.* — Pour ces fistules, on suivra le manuel opératoire que j'ai longuement développé dans mon observation, et qui est résumé dans mes conclusions : *extirpation aussi haute que possible du trajet à partir de l'orifice externe, puis curettage du reste.* Seulement, il importe de retenir que la dissection doit être attentive, parce que le trajet est sous-aponévrotique et qu'il passe entre les deux systèmes artériel et veineux carotidiens externes.

Communication.

M. le secrétaire général donne lecture des travaux suivants envoyés par M. Kummer et M. Pousson, membres correspondants.

Constriction des mâchoires par ankylose temporo-maxillaire; résection des deux condyles après résection temporaire de l'apophyse zygomatique, par M. Kummer, membre correspondant.

Jeune fille de 14 ans. Constriction de la mâchoire inférieure consécutive à une chute sur le menton, survenue trois ans et demi auparavant et ayant été suivie d'un léger écoulement de sang par l'oreille droite. La constriction est complète; les dents ne peuvent absolument pas être écartées; la malade ne peut se nourrir qu'avec des substances liquides ou à l'aide de pain tendre qu'elle fait glisser derrière les incisives supérieures qui laissent entre elles et les inférieures un écart de 2 millimètres environ.

La résection orthopédique de l'articulation temporo-maxillaire est proposée et acceptée.

Opération le 17 mars 1891. — Incision de 4 centimètres environ le long du bord inférieur de l'apophyse zygomatique; seconde incision partant de l'angle postérieur de l'incision horizontale, et remontant verticalement sur une hauteur de 3 centimètres; cette seconde incision, située en avant de l'artère et du nerf temporal superficiel, qu'elle respecte, divise la peau, le tissu sous-cutané et le fascia temporal. Par l'incision horizontale, l'apophyse zygomatique est coupée au ciseau à sa racine, puis à son extrémité supérieure avec une pince à os, après section du fascia parotido-massétérien le long de son bord inférieur. L'apophyse zygomatique, restée unie par le fascia temporal au lambeau cutané, peut alors être relevée en haut et en avant, de façon à découvrir largement la fosse temporale.

Le condyle est agrandi, un peu irrégulier, intérieurement soudé à l'os temporal. Une rugine courbe est insinuée derrière le col du condyle. Celui-ci est coupé au ciseau; le condyle lui-même est enlevé de la même manière jusqu'à la base du crâne.

Malgré cette opération, il est impossible d'abaisser la mâchoire; ce qui indique évidemment l'existence d'un obstacle du côté opposé.

Même opération du côté gauche. Le condyle de ce côté est aussi complètement soudé à l'os temporal. Après résection du condyle, la mâchoire est abaissée sans difficulté.

Le lambeau cutané osseux est de chaque côté rabattu; la peau suturée; pas de suture osseuse.

Guérison complète au bout de trois semaines, sans incidents.

Au bout de neuf mois, par des progrès successifs, l'opérée peut écarter les incisives de 1 centimètre et demi environ, et peut manger comme tout le monde.

Par contre la fermeture des dents n'est pas tout à fait complète; il s'en faut, au niveau des incisives, de 2 à 3 millimètres; ce qui semble provenir de ce que le maxillaire inférieur s'est un peu retiré en arrière, si bien que les molaires se touchent avec les incisives, lors de la fermeture de la mâchoire. Pour obvier à cet inconvénient nous

avons conseillé à la malade de se faire limer les molaires par le dentiste, ce qui du reste n'a pas encore eu lieu.

La consolidation de l'apophyse zygomatique est complète.

Cette observation nous suggère les considérations suivantes :

L'incision d'abord, qui, pour l'opération en question, est très délicate, parce qu'elle risque de blesser des rameaux du nerf facial.

L'incision horizontale, étant plus ou moins parallèle au nerf, expose le moins à cet accident, mais l'incision horizontale seule donne un accès très peu aisé à la région profonde.

Pour rendre cet accès plus facile on a adopté, outre l'incision horizontale, une seconde incision, une des plus connues, celle de König; elle part du milieu de l'incision horizontale faite comme nous l'avons décrit plus haut, et descend verticalement de 2 à 3 centimètres. König a soin de recommander de conduire cette incision à travers la peau seulement, mais cela n'a pas empêché certains opérateurs de blesser des rameaux du nerf facial.

Pour éviter sûrement la paralysie du nerf facial nous avons tâché de gagner de la place en ajoutant à l'angle postérieur de l'incision horizontale une incision verticale remontant à 3 centimètres environ. Cette dernière incision ne pourrait blesser que le nerf temporal superficiel, nerf essentiellement sensitif, dont la lésion est de peu d'importance.

Il nous reste maintenant à attirer l'attention sur un procédé qui nous a singulièrement facilité l'accès du condyle du maxillaire : la résection temporaire de l'apophyse zygomatique, ainsi quo nous l'avons indiqué. La région articulaire tout entière étant ainsi mise à découvert, l'orientation précise ne rencontre plus aucun obstacle, le condyle aussi bien que l'apophyse coronoïde, si cachés dans le fond de la fosse temporale et dont la lésion peut accompagner l'affection qui nous occupe, se présentent bien à l'œil et au doigt.

Il n'est guère nécessaire d'insister sur l'innocuité relative d'une résection temporaire de l'apophyse zygomatique, du moment qu'elle est faite dans des conditions d'asepsie convenables.

La division de l'extrémité postérieure de l'apophyse zygomatique se ferait probablement mieux avec la scie à chaîne qu'avec le ciseau et le marteau que nous avons employés et qui nous ont produit une ligne de section un peu inégale.

Quant au résultat cosmétique de cette opération, notre malade ne s'en plaint pas, la cicatrice perpendiculaire est facilement cachée par les cheveux.

Dans tous les cas d'ankylose temporo-maxillaire simple, la résection de cette articulation est préférable à l'ostéotomie de la branche montante, et à plus forte raison à l'opération de Rizzoli-Esmarch,

car il est évident que la résection temporo-maxillaire offrira le plus de charmes pour une *restitutio ad integrum.*

Deux mots encore de la narcose : certains opérateurs ayant perdu des malades dans un accès de vomissement par aspiration des matières stomacales recommandent la trachéotomie préventive. Il nous semble qu'un jeûne suffisant rend cette opération superflue

On aura soin, dès que le malade vomit, de le faire asseoir, la tête penchant en avant, pour que le liquide stomacal puisse s'écouler entre les dents. Comme anesthésique nous croyons pour ces cas le chloroforme supérieur à l'éther, qui produit une forte sécrétion bronchique. Une injection préalable de morphine nous semble contre-indiquée parce qu'elle diminue l'irritabilité réflexe, et augmente ainsi les dangers de l'aspiration des matières stomacales.

Opération pratiquée chez une femme pour remédier à une incontinence d'urine urétrale, par Alf. Pousson (de Bordeaux).

J'ai eu occasion de pratiquer dans le courant de l'année dernière une opération destinée à remédier à une incontinence d'urine de cause urétrale chez une dame de 52 ans. Le résultat presque parfait que j'ai obtenu m'engage à en faire part à la société.

Jusqu'ici, si je m'en rapporte aux quelques recherches bibliographiques que j'ai faites, les chirurgiens, qui se sont trouvés en présence de cette infirmité sont rarement intervenus. C'est à peine si j'ai relevé dans la littérature médicale une dizaine d'opérations exécutées dans le but de guérir l'incontinence absolue ou relative des urines reconnaissant pour cause l'insuffisance de l'appareil sphinctérien de la vessie chez la femme. Par contre, un assez grand nombre d'opérations ingénieuses ont été faites pour reconstituer anatomiquement l'urètre féminin. Il y a trois ans, M. Polaillon en a rapporté ici même deux observations intéressantes, et l'année dernière M. Heydenreich a publié dans la *Semaine médicale*, en même temps qu'un nouveau fait, un résumé des opérations pratiquées jusqu'à ce jour. Plusieurs de ces opérées ont bénéficié, en même temps que de la restitution des formes, de la restitution des fonctions; mais un certain nombre sont restées incontinentes. C'est dans le but de compléter ces travaux que je rapporte l'opération suivante, par laquelle j'ai obtenu la reconstitution physiologique de l'urètre.

Il s'agit d'une dame de 52 ans que m'avait adressée un confrère de Pau. D'une très forte constitution, elle est encore réglée. Elle a eu

deux enfants. Ses couches se sont passées sans incident, dit-elle. Depuis son dernier accouchement, qui remonte à dix-huit ans, elle a souffert du bas-ventre et a été soignée pendant longtemps pour une endométrite. Depuis la même époque elle est atteinte d'incontinence d'urine. Cette incontinence, qui a toujours eu les mêmes caractères, se produit surtout pendant la marche et la station verticale, elle est moins prononcée dans la station assise, et l'urine ne sort alors que lorsqu'elle s'est accumulée en certaine quantité dans la veine.

Couchée, la malade retient bien en général ses urines ; cependant si elle se tourne brusquement, si elle se soulève, si elle rit, un flot d'urine s'échappe du canal. Jamais l'urine n'a été trouble, jamais elle n'a contenu de pus ou de sang, jamais les mictions n'ont été douloureuses, en un mot jamais la malade n'a eu de cystite. Jusqu'à ce jour Mme X... a supporté son infirmité, mais non sans en être profondément affectée. Aujourd'hui elle veut en être débarrassée, même au prix d'une opération très grave, dit-elle.

Lorsqu'elle se présente pour la première fois à mon examen, le 12 juin 1891, je constate que la vulve est flétrie, béante; le vestibule est agrandi par suite de l'affaissement de la colonne antérieure du vagin, l'orifice de l'urètre largement ouvert. Il existe une déchirure assez profonde du périnée. Par le toucher vaginal je puis m'assurer que l'utérus n'est pas abaissé; il est mobile, un peu volumineux, mais son suspenseur est en bon état. Rien du côté des annexes. Au spéculum le col paraît un peu gros; son orifice est normal; pas d'éversion de la muqueuse; pas de sécrétion pathologique. La paroi supérieure du vagin est résistante; il n'existe ni cystocèle ni urétrocèle. J'introduis dans l'urètre, sans rencontrer la moindre résistance au méat, pas plus qu'au col, un explorateur à boule n° 30; je puis même sans difficulté engager dans le méat l'extrémité de mon petit doigt.

Persuadé que l'incontinence ne reconnaît d'autre cause que l'extrême dilatation de l'urètre, je propose à la malade de lui faire subir deux opérations : l'une ayant pour but de rétrécir son canal, l'autre de reconstituer son périnée. Je pratique ces deux opérations dans la même séance, le 15 juin.

Je commence d'abord par l'opération sur l'urèthre. La malade, convenablement préparée et désinfectée, est endormie et placée dans la position de la taille. Une grosse bougie étant introduite dans l'urètre, je circonscris le méat par une incision circulaire se tenant à un demi-centimètre de ses bords et je dissèque aussi le canal dans une étendue d'un centimètre et demi environ. Cela fait, j'incise verticalement les tissus du vestibule jusqu'à la base du clitoris. La bougie étant à ce moment retirée du canal disséqué, je fais subir à ce dernier un mouvement de rotation sur son axe de près de 120° et l'attire en même temps fortement en avant et en haut dans l'angle à surfaces saignantes produites par l'incision verticale du vestibule. Je le fixe dans cette position par une série de points de suture au catgut le réunissant aux tissus du vestibule dont il a été isolé. Ces points de suture n'occupent que les deux tiers supérieurs de la circonférence de l'urètre et forment

par conséquent un fer à cheval. Au lieu de suturer le tiers inférieur aux parties voisines, je réunis entre elles les lèvres de la plaie béante résultant de l'élévation de l'urètre à la racine du clitoris. De cette façon je reconstitue le tubercule qui termine la colonne du vagin et assure pour l'avenir un ferme soutien à l'extrémité antérieure du canal. J'ai eu soin de passer profondément mes fils de catgut, afin de réunir l'urètre dans toute sa partie disséquée et d'obtenir un rapprochement complet des tissus. Par une série de points complémentaires aux crins de cheval je réunis superficiellement la muqueuse.

L'opération terminée, les parties offrent l'aspect suivant : le méat réduit à une fente transversale est caché au-dessous du clitoris; le canal, au lieu d'être horizontal, comme c'est sa direction normale lorsque la femme est couchée, décrit une forte courbe à concavité supérieure embrassant le pubis; une sonde introduite dans son intérieur est presque verticale; enfin le calibre de l'urètre est fortement rétréci par suite de la rotation qui lui a été imprimée : une sonde n° 14 y passe avec une certaine difficulté.

L'opération sur le canal achevée, je procède à la restauration du périnée et pratique une colpopérinéorraphie, qu'il est inutile que je décrive.

Les suites opératoires furent des plus simples. Pendant quarante-huit heures je laissai à demeure une sonde en caoutchouc n° 14. Cette sonde fonctionna parfaitement. A partir du troisième jour la malade fut sondée régulièrement toutes les trois ou quatre heures. La plaie, soigneusement lavée, après chaque sondage, à la solution de sublimé et saupoudrée ensuite d'iodoforme, se réunit sans la moindre suppuration, de même la suture périnéale.

Durant les douze jours que la malade resta au lit, elle ne perdit pas une goutte d'urine. Dans les premiers temps qu'elle commença à se lever et à marcher, elle éprouva des envies assez fréquentes d'uriner, environ toutes les trois heures. Lorsqu'elle voulait y résister elle perdait une petite quantité d'urine, mais avait la sensation qui accompagne ordinairement l'acte de la miction.

Peu à peu cet état s'est amélioré, j'ai eu vers la fin du mois d'octobre dernier de ses nouvelles par son médecin. Il m'écrit à cette époque que la situation actuelle de sa cliente n'est pas à comparer à celle d'autrefois. Elle ne perd jamais ses urines la nuit et elle peut rester quatre à cinq heures le jour sans uriner. La dernière fois qu'il a vu la malade il a pu retirer de la vessie, par un sondage, plus de 400 grammes d'urine, preuve du rétablissement de la fonction physiologique de l'appareil rétenteur. Malgré ce résultat j'ai conseillé l'électrisation du col de la vessie et de l'urètre. J'espère rendre ainsi plus parfaite encore la rétention en réveillant la contractilité des fibres musculaires de l'urètre mises par la torsion de l'urètre dans de meilleures conditions de fonctionnement.

En définitive, dans l'opération qui précède, j'ai d'une part incurvé fortement l'urètre en relevant son orifice externe ou méat,

d'autre part j'ai rétréci son calibre en tordant le canal dans le sens de son axe. L'incurvation de l'urètre a simplement changé les conditions statiques de ce conduit; sa torsion a eu, je crois, l'avantage plus précieux de changer les conditions dynamiques de ses fibres élastiques et musculaires, en permettant aux propriétés inhérentes à chacune d'elles de s'exercer efficacement.

Aucun des principes qui m'ont guidé dans la conception de ce procédé opératoire n'est nouveau : l'idée de tordre l'urètre sur son axe appartient à Gersung (de Vienne), l'idée de l'incurver par l'élévation du méat revient à Duret (de Lille); je n'ai eu d'autre mérite, si mérite il y a, dans l'opération que je rapporte que de combiner les deux opérations faites isolément par les chirurgiens que je viens de citer. Bien que la rotation de l'urètre ait donné un excellent résultat à Gersung chez une jeune fille de 14 ans, atteinte d'épispadias; bien que la simple incurvation du canal ait été suivie d'un résultat fonctionnel satisfaisant chez les deux femmes opérées par Duret, je crus devoir associer les deux opérations chez ma malade.

Discussion.

M. Pozzi. A propos du traitement de l'incontinence d'urine chez la femme, il serait injuste de ne pas se rappeler le nom de Pawlik, de Prague. Ce chirurgien a imaginé une ingénieuse opération qui consiste à disséquer l'urètre, à le ramener vers le pubis et à l'incurver en avant. L'idée de le rétrécir par une suture située audessous de lui et formant bride lui appartient également. En dépit de leur ingéniosité, ces opérations ne donnent qu'un résultat temporaire; j'ai opéré par ce procédé une malade qui était dans le même état qu'auparavant trois à quatre mois plus tard. Les parois vaginales sont tellement souples et extensibles qu'elles ne peuvent fournir un soutien permanent.

Dans des cas de ce genre, je me contente aujourd'hui d'une large colporraphie antérieure; le résultat est plus sûr et plus prolongé. Il est nécessaire de joindre à cette première opération une colpopérinéorraphie. En effet, l'incontinence d'urine n'est qu'un épiphénomène de la chute du vagin, et les opérations doivent surtout s'adresser à cette chute.

M. Monod. L'opération de M. Pousson date de juin 1891 et son résultat peut déjà être considéré comme ancien.

Comité secret.

La Société se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les comptes de l'année par M. Schwartz, trésorier.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 13 avril 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Hernie inguinale étranglée ; adhérences se prolongeant dans la cavité abdominale*, par M. Langlois (de Pontivy) (M. Berger, rapporteur) ;

3° *Ablation totale du calcanéum atteint d'ostéite tuberculeuse*, par M. Ménard (de Berck-sur-Mer) (M. Kirmisson, rapporteur) ;

4° Congrès de chirurgie : informations et documents divers ; Questions mises à l'ordre du jour; Rapport des rapporteurs généraux, MM. Jeannel, Guyon, Terrier ;

5° Lettre de M. le ministre de l'Instruction publique, annonçant pour le 7 juin l'ouverture du Congrès des sociétés savantes, à la Sorbonne.

M. le Président annonce que la séance de mercredi prochain n'aura pas lieu, à cause de la session du 6e congrès français de chirurgie.

Communication.

Grossesse extra-utérine abdominale datant de cinq mois. Laparotomie ; extraction du fœtus vivant. Guérison,

Par M. A.-H. Marchand.

Au mois de juin de l'année dernière, j'ai dû pratiquer à Saint-Louis la laparotomie dans un cas de grossesse extra-utérine abdominale, à cinq mois de gestation. En dehors de la variété relativement rare de la grossesse, plusieurs particularités importantes méritent d'être signalées.

Ce sont d'abord les phénomènes cliniques du début, lesquels ont présenté des obscurités que l'opération seule a permis de lever.

L'intervention opératoire fut du reste imposée par les graves accidents présentés par la malade, accidents qui permettaient de pressentir, mais non d'affirmer les résultats auxquels devait aboutir peu à peu l'acte opératoire.

La malade était une femme de 30 ans, A. G..., qui, huit ans auparavant, avait accouché normalement d'un enfant encore vivant. Vers la fin de décembre 1890, une époque menstruelle fit complètement défaut. Elle ne fut pas très surprise, car cette fonction présentait parfois d'assez notables irrégularités.

A quelques semaines de là, à la suite d'un effort énergique, elle ressentit, prétend-elle, une douleur vive dans le bas-ventre, précédée d'une sensation de craquement. Elle éprouva aussitôt un malaise qui l'obligea à se mettre au lit. Les jours suivants, elle fut prise de fièvre, de vomissements ; le ventre se ballonna, devint extrêmement sensible. Le docteur Hays, qui lui donnait des soins, crut reconnaître tous les symptômes d'une péritonite qu'il attribua à une hémorragie pelvienne, car ces premiers accidents étaient précisément survenus à l'occasion d'une époque.

La guérison de cet accident ne fut point complète ; les douleurs pelviennes survinrent. L'état général commença à s'altérer ; le ventre resta tuméfié et très sensible.

A la suite d'une troisième poussée aiguë, coïncidant comme les deux précédentes avec une époque, elle fut admise à la Maison Municipale de Santé, où elle séjourna un mois environ. Les avis furent partagés sur son cas : on crut alternativement à une grossesse extra-utérine, ou à une simple hématocèle.

Rentrée chez elle, la malade dut s'aliter, les douleurs abdominales reparurent, la tuméfaction du ventre fit des progrès. Cette tuméfaction procédait du reste par saccades. La malade, à plu-

sieurs reprises, avait eu des écoulements de sang par le vagin, mais ces pertes, toujours légères, ne coïncidaient point avec l'époque, tandis que c'était toujours à ce moment que le ventre se tendait, que tous les accidents s'aggravaient. Vers le cinquième mois de la maladie, aucune amélioration ne se manifestant, comme on l'avait un instant espéré à la suite du séjour à la maison de santé, je fus appelé par mon excellent confrère le Dr Hays.

Je trouvai une malade profondément anémiée, semblant souffrir d'une façon excessive ; la vie ne lui était rendue possible, elle l'avouait elle-même, que par un usage abusif des injections de morphine.

Le ventre était presque régulièrement ballonné, partout sonore à la percussion, si ce n'est à la partie inférieure de la région ombilicale, où il existait une saillie arrondie, très analogue au globe vésical surdistendu, mate à la percussion et très obscurément fluctuante.

Il existait partout une sensibilité excessive qui gênait notablement l'examen. Le toucher vaginal tombait sur une tumeur arrondie qui soulevait toute la paroi postérieure du vagin, dont elle comblait presque la cavité. Il était fort difficile, en effet, de glisser le doigt entre elle et la symphyse pubienne pour arriver tout à fait en haut de cette dernière sur le col utérin, aplati, fixé et légèrement entr'ouvert.

Je pensai qu'il s'agissait d'une volumineuse hématocèle dont l'origine remontait, suivant toute vraisemblance, à la rupture d'une grossesse tubaire ou tubo-ovarienne très peu avancée (un mois ou six semaines).

Il existait depuis quelques semaines des exaspérations vespérales de la température. On avait relevé jusqu'à près de 39°, vers 11 heures du soir, à plusieurs reprises. Je jugeai que ces accidents fébriles tenaient à une suppuration possible du transsudat ; aussi me crus-je obligé de proposer une intervention rapide, qui fut du reste acceptée.

La malade entra dans mon service, et après quelques jours de préparation et d'observation, je la soumis à la laparotomie le 10 juin 1891.

L'ouverture de la paroi abdominale présenta des difficultés. Les couches anatomiques profondes étaient réunies et confondues entre elles par un exsudat qui les rendait méconnaissables. A un moment donné, je vis s'écouler une quantité assez notable de sang noir, poisseux, contenant des caillots manifestement purulents. J'introduisis un doigt dans le foyer d'où émergeait ce liquide, et m'en servis comme de conducteur pour compléter l'incision.

Je fus ainsi condu't dans une cavité située immédiatement au-dessous de la paroi abdominale, limitée sur les côtés, en haut, profondément, par de très fortes adhérences, remplie du même liquide noir, poisseux, purulent, qui s'était d'abord écoulé. Ce foyer, très peu profond en réalité, fut vidé, nettoyé et scrupuleusement exploré. Je vis alors, et sans en être trop surpris, l'utérus qu'il m'avait été impossible d'isoler par la palpation combinée au toucher; mais ce qui me causa un certain étonnement fut le volume de cet organe, qui avait acquis les dimensions d'un utérus à trois mois de gestation. Je ne doutai plus qu'il ne s'agît d'une grossesse extra-utérine, dont le kyste fœtal devait se trouver dans l'espace rétro-utérin. La cavité que je venais d'ouvrir avait dû très certainement se former par suite de ruptures partielles de la paroi.

Me dirigeant sur l'utérus lui-même, je dégageai son bord supérieur et le soulevai après avoir décollé les adhérences qui le fixaient au kyste. Je tombai immédiatement dans une cavité remplie de caillots cruoriques, limitée en haut par l'épiploon et des anses intestinales agglutinées, en arrière et sur les côtés par les parois du petit bassin, en avant par la face postérieure de l'utérus et du vagin.

Je commençai à retirer très vite et à pleine main les caillots; mais survint bientôt, comme je m'y attendais, une hémorragie peu considérable d'abord, mais qui menaçait de devenir très importante. Quoique j'eusse été surpris de ne trouver que des caillots, en présence de l'écoulement de sang rouge, qui m'indiquait la présence d'un placenta, je me mis à décoller en grattant la paroi interne du kyste dans lequel je me trouvais. Bien m'en prit: je pus achever ce décollement en très peu d'instants et ramener par fragment un placenta membraneux dont les débris constituaient une masse du volume du poing d'un adulte.

L'hémorragie, très abondante au début de la manœuvre, cessa bientôt, à ma grande satisfaction. Je pus achever la toilette sans trop de précipitation. Toute cette deuxième partie, extraction des caillots, décollement placentaire, avait été exécutée dans moins de temps que je ne mets à le décrire. Le souvenir des accidents hémorragiques si graves qui surviennent à ce moment de l'opération aiguillonnait singulièrement mon activité.

Un fait bien singulier m'avait frappé dès l'ouverture du kyste rétro-utérin, au moment surtout où j'y avais d'abord plongé les doigts, puis la main entière : c'était l'absence complète du produit de conception. J'espérais d'abord le trouver au cours de mes manœuvres, dans quelque loge secondaire ; je courais en somme au plus pressé sans autre préoccupation. Mais lorsque, l'hémorragie arrêtée, le placenta décollé et détruit, je me fus rendu maître de

la situation, ma stupéfaction fut très grande en ne trouvant aucune trace du fœtus que je m'étais attendu à y rencontrer. J'explorai la cavité kystique en tous les sens, avec les doigts, avec la main entière, sans rien découvrir ; je me trouvais dans un véritable embarras, lorsqu'à ma dernière exploration je reconnus deux pieds effleurant la partie gauche du kyste rétro-utérin, au niveau de la symphyse sacro-iliaque de ce côté. Je saisis immédiatement ces deux extrémités et procédai aussitôt à une extraction obstétricale. Je mis au jour un fœtus de cinq mois, bien constitué et parfaitement vivant. Il survécut ainsi près d'une heure et demie à son étrange naissance. En même temps que je pratiquais cette extraction, je voyais s'affaisser une tuméfaction, une sorte de saillie, à laquelle je n'avais point pris garde jusqu'à ce moment de l'opération. Cette saillie soulevait manifestement le côté gauche de l'abdomen, remplissait la fosse iliaque du flanc gauche et remontait jusque sous l'hypocondre du même côté.

Le ballonnement général du ventre, la sonorité, à son niveau, d'anses d'intestin très distendues, les difficultés opposées par la malade aux examens par la palpation, m'avaient complètement caché ce détail important de la conformation de la tumeur. Un examen sous chloroforme aurait très certainement rendu possible la découverte de cet élément dont l'appréciation bien exacte fût peut-être, nonobstant, restée pleine de difficultés. L'état fâcheux local et général indiquait si bien l'urgence d'une intervention rapide, que je ne crus point devoir infliger à la malade un surcroît de souffrance et de danger.

Il existait donc bien, dans le cas que je viens de décrire, une grossesse abdominale, mais secondaire, et consécutive à la rupture de la trompe d'abord, puis à un séjour suffisamment prolongé de l'œuf dans le cul-de-sac recto-utérin pour qu'il ait pu y contracter des adhérences lui permettant de vivre. Ultérieurement enfin, le fœtus est passé dans la grande cavité abdominale où il s'enkysta, laissant dans le petit bassin les racines vasculaires qui pourvoyaient à sa subsistance et à son développement. Je dois ajouter que le cordon avait été rompu, mais que son extrémité placentaire a été parfaitement retrouvée.

L'opération avait été conduite rapidement, comme on voit, puisque malgré la rupture du cordon, qui a dû coïncider avec les manœuvres qui ont détruit les adhérences placentaires, malgré les hésitations bien légitimes provenant de l'absence du fœtus là où je supposais devoir le trouver, ce dernier est né parfaitement vivant.

Après lavage aseptisant, la plaie abdominale fut partiellement suturée. Je tamponnai le kyste rétro-utérin à la gaze iodoformée.

Le premier pansement eut lieu le troisième jour et ne présenta rien de remarquable. Au second, deux jours après, je retirai les lanières mouillées d'un liquide d'odeur urineuse.

La malade qui, jusqu'au cinquième jour, avait uriné spontanément et en quantité normale, avait rendu depuis 24 heures une quantité beaucoup moindre d'urine.

Je fis aussitôt une injection vésicale avec de l'eau boriquée colorée par le carmin, et je constatai à mon grand étonnement que la majeure partie du liquide coloré repassait par la plaie abdominale. Il existait donc une fistule vésicale.

Je me demande encore aujourd'hui comment a pu se faire cette perforation qui ne s'est produite que cinq jours après l'opération, puisque la malade avait uriné normalement pendant les trois ou quatre premiers jours.

Une sonde à demeure fut placée dans la vessie; des lavages pratiqués deux fois par jour. Les pansements durent être renouvelés quotidiennement d'abord.

Nonobstant cette complication, la marche vers la guérison s'est faite très simplement; la fistule urinaire ne fut définitivement oblitérée que le 27 août. Il n'a été noté aucune particularité vraiment intéressante, si ce n'est une élévation subite de la température, précédée d'un frisson, trois jours après que la sonde eut été enlevée, le 30 août.

Les mictions s'étaient rétablies, très fréquentes il est vrai, mais sans causer autre chose que de la gêne, lorsque à la suite du frisson que je viens de signaler, le ventre devint douloureux. La fistule abdominale, qui avait semblé complètement oblitérée, se rouvrit spontanément. La sonde à demeure fut replacée et laissée trois jours; puis on la supprima, mais avec la précaution de sonder la malade trois fois par jour.

La malade s'est présentée plusieurs fois depuis lors à notre examen. La cicatrice abdominale est très solide; la fistule vésicale restée définitivement oblitérée. Les mictions ont repris peu à peu leur fréquence et leur caractère normal. Le toucher vaginal fait constater que les culs-de-sac sont souples, l'utérus mobile est en bonne situation.

Dans le flanc gauche, et remontant jusque sous l'hypochondre, on a constaté l'existence d'une induration allongée et mobile, légèrement sensible à la pression. J'ai considéré cette induration comme constituée par le kyste fœtal abdominal revenu sur lui-même.

Cette tuméfaction a disparu sans laisser de traces.

La malade s'est remise assez lentement; elle est restée longtemps très anémiée. Depuis deux ou trois mois déjà, elle a repris son teint coloré, en même temps que ses digestions sont devenues

plus parfaites, et qu'elle a pu abandonner complètement l'usage des injections de morphine.

Communication.

Relevé statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Lourcine-Pascal dans le service de M. S. Pozzi, pendant les années scolaires [1] 1890 et 1891 (d'après les observations et avec l'aide de MM. Charrier, Baudron et Albert Martin, internes du service) [2].

Par M. S. Pozzi.

OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES

Laparotomies.

I. Ablation des annexes pour fibromes utérins. 7 opérations; 7 guérisons.

II. Ablation des annexes pour salpingite parenchymateuse (dont une avec un kyste de la grosseur d'une orange inclus dans le ligament large). 24 opérations; 24 guérisons.

(Une de ces malades a subi en outre une hystéropexie.)

III. Ablation des annexes pour salpingites tuberculeuses non suppurées. 2 opérations; 2 guérisons.

(Pour une de ces malades les annexes du côté gauche ont d'abord été enlevées par M. Picqué. Les annexes du côté droit excessivement adhérentes ont été enlevées par M. Pozzi en mars 1892).

IV. Ablation des annexes pour hydrosalpinx. 5 opérations; 5 guérisons.

V. Ablation des annexes pour hématosalpinx :

A. Sans grossesse tubaire. 4 opérations; 4 guérisons.

(Parmi ces opérations se trouvait un cas d'hématosalpinx double chez une jeune fille de 16 ans présentant une atrophie de l'utérus, qui n'était pas plus gros qu'un dé à coudre.)

B. Avec une grossesse extra-utérine avant le cinquième mois avec apoplexie de l'œuf. 4 opérations : 3 guérisons; 1 mort.

(Dans un do ces cas il y avait ovarite suppurée, et dans trois cas une hématocèle pelvienne consécutive.)

VI. Laparotomie pour hématocèle rétro-utérine volumineuse d'origine douteuse. 1 opération; 1 guérison.

[1] Je fais partir l'année scolaire du 1er février, époque à laquelle se fait le renouvellement des internes et des externes dans les hôpitaux de Paris.

[2] Ces opérations comprennent la totalité des opérations pratiquées dans le service, tant par moi que par mon collègue et ami le Dr Picqué, qui m'a remplacé durant quelques semaines de congé.

VII. Ablation des annexes pour pyosalpinx avec ou sans périmétro-salpingite suppurée. 54 opérations : 50 guérisons; 4 morts.

Toutes ces malades sont complètement guéries à l'exception de deux. L'une, qui était albuminurique, avait dû subir, quinze jours après la première opération une deuxième laparotomie pour un abcès sous-hépatique dû à une épiploïte suppurée. La plaie de la première laparotomie étant restée fistuleuse, ce qui fut attribué à l'infection d'un fil, une troisième laparotomie fut faite dix mois après pour retirer cette cause d'infection; la dissection du trajet amena la blessure de l'intestin auquel il adhérait et une fistule stercorale se produisit; la malade succomba plus d'un an après aux progrès de l'albuminurie.

L'autre malade qui n'a pu être complètement guérie à la suite d'une laparotomie présentait une périmétro-salpingite suppurée englobant tout le petit bassin. Pendant l'opération la vessie fut ouverte et il persista une fistule urinaire sus-pubienne. Cette malade a subi consécutivement une hystérectomie vaginale et l'établissement d'une fistule vésico-vaginale artificielle, sans qu'on ait pu encore obtenir l'oblitération de la fistule sus-pubienne.

Une de ces malades (opérée par M. Picqué) avait conservé une fistule stercorale pendant six mois. Elle a été ensuite opérée et guérie de sa fistule par une deuxième laparotomie (février, Pozzi).

VIII. Ablation des annexes pour ovarite scléreuse et polykystique; 22 opérations; 22 guérisons.

Parmi ces opérations trois fois la castration a été unilatérale, et deux fois on a fait, outre l'ablation unilatérale, la résection partielle de l'ovaire de l'autre côté et la fixation de la trompe sur le moignon; ces deux malades ont été revues près d'un an après leur opération ne souffrant plus et bien réglées.

IX. Ovariotomies pour grands kystes prolifères de l'ovaire :

A. Kystes prolifères glandulaires. 12 opérations : 11 guérisons; 1 mort.

B. Kystes prolifères papillaires. 1 opération ; 1 guérison.

C. Kystes inclus dans le ligament large. 5 opérations : 4 guérisons; 1 mort.

(Parmi eux deux étaient hyalins et trois étaient suppurés; parmi ces derniers l'un coexistait avec une ovarite suppurée et l'autre avec une hématométrie enflammée.)

D. Kystes dermoïdes. 3 opérations; 3 guérisons (un d'eux était suppuré).

E. Ovariotomie pour tumeurs malignes de l'ovaire. 2 opérations; 2 guérisons.

(Dans l'un de ces cas il y avait en même temps des tumeurs fibreuses qui ont été énucléées; une partie de l'intestin ayant dû

être scalpée dans la tumeur maligne, il a persisté pendant quelque temps une fistule stercorale qui s'est spontanément oblitérée. La malade, dont la guérison opératoire avait été complète, a succombé trois mois après à une récidive galopante. La deuxième opérée est restée complètement guérie pendant cinq mois, puis a succombé à une récidive à marche rapide.

X. Ablation des annexes pour salpingite catharrale et petit kyste de l'aileron de la trompe. 1 opération; 1 guérison.

XI. Ablation des annexes pour salpingite aiguë compliquée de pelvi-péritonite aiguë. 1 opération ; 1 guérison.

(Cette malade a été opérée en pleine poussée péritonitique. On a détruit les adhérences intestinales récentes et lavé le péritoine.)

XII. Laparotomies exploratrices. 4 opérations ; 4 guérisons.

Une de ces opérations a été faite pour des douleurs abdominales intenses chez une femme obèse présentant dans les culs-de-sac vaginaux des tumeurs élastiques ayant fait penser à une salpingite kystique; l'incision permit de se rendre compte qu'il s'agissait d'une énorme surcharge graisseuse donnant la sensation du lipome (voir *Revue de Chirurgie*, août 1891).

Une deuxième incision exploratrice a été faite pour se rendre compte d'une énorme tumeur de l'ovaire avec ascite; on rencontra de la métastase péritonéale qui empêcha d'intervenir, on se contenta de drainer le péritoine. L'ascite demeura guérie pendant très longtemps, et l'état général était très amélioré quand l'opérée quitta l'hôpital.

Une troisième laparotomie exploratrice a trait à une malade présentant tous les phénomènes d'un kyste de l'ovaire uniformément fluctuant, avec col long et dur, et aucun signe de grossesse autre qu'une aménorrhée persistante depuis huit mois; une incision de 5 centimètres permit d'établir le diagnostic de tumeur utérine suspecte. Aucun accident. Des signes évidents de grossesse se sont montrés depuis, puis la malade a normalement accouché.

Une quatrième incision exploratrice faite chez une femme présentant des ovaires très douloureux à la pression ayant démontré l'intégrité des annexes n'a été suivie d'aucune extirpation. Réunion par première intention de la cicatrice de 5 centimètres.

XIII. Hystérectomies abdominales supra-vaginales. 16 opérations : 14 guérisons; 2 morts.

Sur ce nombre, 14 ont été traitées avec pédicule externe, une seule mort; une opération avec pédicule interne a été suivie de mort; une avec pédicule intra-pariétal, guérison. Une malade guérie opératoirement a succombé deux mois après à des accidents complexes (embolie cérébrale).

XIV. Myomotomie :

A. Énucléation d'un fibrome interstitiel dont la capsule est fixée à la paroi. 1 opération; 1 guérison.

B. Énucléation de plusieurs volumineux fibromes intra-ligamentaires. 1 opération; 1 mort.

Opérations gynécologiques par les voies naturelles.

XV. Hystérectomies vaginales pour épithélioma. 13 opérations : 10 guérisons; 3 morts.

XVI. Hystérectomie vaginale pour fibro-sarcome utérin. 1 opération; 1 guérison.

XVII. Hystérectomies vaginales pour suppurations pelviennes. 8 opérations; 8 guérisons.

(L'une de ces opérées avait conservé une fistule uretéro-vaginale consécutive à l'opération, qui a été guérie ultérieurement par la néphrectomie; chez une autre il existait en même temps des corps fibreux.)

XVIII. Hystérectomie vaginale pour lésions bilatérales des annexes et rétroversion adhérente de l'utérus. 1 opération; 1 guérison.

XIX. Hystérectomie vaginale pour métrite hémorrhagique rebelle chez une malade ayant subi déjà l'ablation des annexes pour pyosalpinx. 1 opération; 1 guérison.

(Cette malade se soumettait à des causes incessantes de réinfection.)

XX. Hystérectomie vaginale pour tuberculose utérine et des annexes. 1 opération; 1 guérison.

XXI. Hystérectomie vaginale pour atrésie du col utérin. 1 opération; 1 guérison.

(Cette malade avait été traitée ailleurs par les cautérisations au chlorure de zinc et la perméabilité du col ne pouvait être maintenue que par une tige d'aluminium causant des douleurs intolérables.)

XXII. Hystérectomie vaginale pour corps fibreux (2 ont été opérées par morcellement). 4 opérations; 4 guérisons.

XXXIII. Hystérectomie vaginale pour prolapsus génital complet. 1 opération; 1 guérison.

XXIV. Extirpation de corps fibreux intra-utérins sessiles par morcellement et énucléation. 4 opérations; 4 guérisons.

XXV. Ablation de polypes fibreux utérins. 1 opération; 1 guérison.

XXVI. Ouvertures d'abcès profonds par incision abdominale. 6 opérations; 6 guérisons.

XXVII. Opérations d'Alexander. 17 opérations; 17 guérisons.

XXVIII. Fistule vésico-vaginale. 1 opération; 1 guérison.

XXIX. Ablation d'épithélioma de la vulve et du vagin. 2 opérations; 2 guérisons.

XXX. Colporrhaphie antérieure et colpopérinéorrhaphie. 16 opérations; 16 guérisons.

XXXI. Périnéorrhaphie pour ruptures complètes comprenant la cloison. 1 opération; 1 guérison.

XXXII. Opérations d'Emmet. 5 opérations; 5 guérisons.

XXXIII. Amputations du col pour métrite. 35 opérations; 35 guérisons.

XXXIV. Curetages pour infection puerpérale. 3 opérations; 3 guérisons.

XXXV. Curetages pour métrites. 134 opérations : 133 guérisons; 1 mort.

(Cette malade, qui a succombé, huit jours après le curetage, à des accidents péritonéaux, avait en même temps des lésions des annexes que l'autopsie a démontré être du pyosalpinx. Ce fait, jusqu'ici unique dans ma pratique, est bien fait pour démontrer que le traitement indirect des lésions des annexes n'est pas dépourvu de dangers.)

XXXVI. Curages avec cautérisations opérées pour épithélioma. 10 opérations; 10 guérisons.

XXXVII. Opérations diverses: polype de l'urèthre, 2; extirpation de kyste du vagin, 1; dilatation du vagin et excision de caroncules, 2; ablation de végétations, 1; ablation de la glande de Bartholin, 2. Total : 8 opérations; 8 guérisons.

XXXVIII. Opération de fistule ano-vulvaire congénitale. 1 opération; 1 guérison.

XXXIX. Colpocleisis. 1 opération; 1 guérison, mais avec un résultat opératoire nul.

OPÉRATIONS DE CHIRURGIE GÉNÉRALE.

XL. Splénectomie. 1 opération; 1 mort.

XLI. Néphrectomie transpéritonéale pour rein polykystique ectopié. 1 opération; 1 guérison.

XLII. Néphrectomies lombaires pour fistules urétrales. 2 opérations; 2 guérisons.

XLIII. Laparotomies pour kyste hydatique du foie avec marsupialisation consécutive du kyste; dans un de ces cas on a fait incision du tissu hépatique pour un kyste profond. 2 opérations; 2 guérisons.

XLIV. Taille hypogastrique. 1 opération; 1 guérison.

XLV. Néphropexie. 1 opération; 1 guérison (Picqué).

XLVI. Amputation du sein bilatérale. 1 opération; 1 guérison.

XLVII. Amputation du bras pour gangrène. 1 opération; 1 guérison.

XLVIII. Opérations diverses : fistule anale, 1; extirpation d'hygroma prérotulien, 1. 2 opérations; 2 guérisons.

N. B. — Sur le total général, M. Picqué a fait 15 grandes opérations (laparotomies, néphropexies, etc.) avec 2 morts, dont 1 pour kyste de l'ovaire rompu et 1 pour abcès pelvien non énucléable qui a succombé sous le chloroforme; nous n'avons pas cru devoir faire figurer ce fait parmi les morts post-opératoires.

RÉCAPITULATION DES SÉRIES DE GRANDES OPÉRATIONS.

Total des opérations gynécologiques et autres du service	458
Total des morts	16
Pourcentage (des morts)	3.49
Total des laparotomies de tous genres	175
Morts	10
Pourcentage	5.71
Total des laparotomies pour lésions inflammatoires non suppurées des annexes	64
Morts	0
Pourcentage	0
Total des laparotomies pour lésions suppurées des annexes	54
Morts	4
Pourcentage	7.407
Total des hystérectomies et myomotomies abdominales	18
Morts	3
Pourcentage	16.66
Total des hystérectomies vaginales pour diverses causes (épithélioma, corps fibreux, altérations des annexes, prolapsus	31
Morts	4
Pourcentage	12.90

Communication.

Sur la péritonite tuberculeuse,

Par M. L.-G. Richelot.

J'ai publié l'année dernière quatre cas de péritonites tuberculeuses traitées par la laparotomie [1]. Deux surtout étaient remar-

[1] *Union médicale*, 28 juillet 1891.

quables. Dans le premier, il s'agissait d'une femme de 30 ans, venue de Seine-et-Marne avec un diagnostic incertain, et chez qui l'incision abdominale me montra un péritoine absolument farci de granulations tuberculeuses confluentes. Elle guérit très bien; quand j'ai raconté son histoire, elle était en parfaite santé depuis seize mois; il y a plus de deux ans aujourd'hui que l'opération est faite (5 mars 1890), et des nouvelles toutes récentes m'apprennent que la guérison ne s'est pas démentie.

Mais le second cas est encore plus intéressant, et la présente communication a pour but de vous dire ce qui s'est passé depuis mon intervention, le 8 juin 1890. C'est un complément d'observation qui manque à la plupart des faits de ce genre, et qui augmente singulièrement la valeur de celui-ci.

La laparotomie avait donné issue à deux litres de liquide, et montré la surface du péritoine viscéral et pariétal envahie tout entière par des granulations tuberculeuses confluentes. J'avais fait, à l'eau bouillie, un lavage discret. Bien rétablie en nous quittant, cette jeune fille entra cinq mois plus tard à l'hôpital Beaujon, où M. Labbé lui fit une seconde laparotomie. Je la revis le 1er juillet 1891, c'est-à-dire plus d'un an après son séjour dans mon service; elle avait bonne mine, travaillait activement et ne souffrait pas.

J'aurais voulu savoir pourquoi, sur quelle indication M. Labbé était intervenu, et quelle opération il avait faite. Mais mon collègue Michaux, qui l'assistait, n'a pu retrouver que des notes incomplètes; Marie G..., 22 ans, a été opérée le 17 octobre 1890; l'aspect des granulations a fait croire à la carcinose, et le ventre a été bien vite refermé. Ce diagnostic *de visu* m'étonnerait beaucoup, si je ne pensais que les granulations, à cette époque, étaient déjà en voie de guérison, plus rares, plus disséminées, comme le sont souvent les nodules cancéreux du péritoine, et pouvaient ainsi donner le change.

Quoi qu'il en soit, c'est maintenant que l'histoire de Marie G... devient instructive. Je reçois sa visite en octobre 1891. Sa paroi abdominale, déjà d'une certaine flaccidité l'année précédente, est le siège d'une énorme éventration depuis la seconde laparotomie; elle s'en plaint vivement et me demande de la guérir par une opération nouvelle. En vérité, rien n'est plus légitime que la cure radicale d'une pareille difformité; et puisque, aujourd'hui, les chirurgiens réparent très opportunément ces grosses hernies ventrales — beaucoup plus rares, d'ailleurs, avec nos sutures perfectionnées, — je n'ai pas de raison pour refuser, dans l'espèce, une intervention qui a pour moi un autre avantage : me permettre de jeter un regard indiscret dans ce péritoine où j'ai vu une quantité si prodigieuse de tubercules, et qui paraît maintenant de si bonne

composition. Et voilà comment Marie G... entre à l'hôpital Tenon pour y subir, le 15 octobre 1891, une troisième laparotomie.

Je n'insisterai pas sur les détails de la cure radicale : longue incision médiane jusqu'à l'ombilic, puis deux incisions courbes à droite et à gauche, se regardant par leur concavité et circonscrivant toute la partie amincie et relâchée de la paroi; ablation totale des deux lambeaux ainsi taillés de chaque côté de l'incision médiane et formant comme les deux moitiés d'un grand sac herniaire; rapprochement des deux bords de cette vaste brèche et suture en étages de la plaie abdominale. Les suites de l'opération furent absolument nulles et la guérison rapide.

Mais ce que je veux noter, c'est l'aspect du péritoine. Je le trouvai lisse, poli, d'une coloration normale. Sur la paroi, sur l'intestin, partout la séreuse était saine; l'épiploon flottait dans le ventre et n'était fixé nulle part; les anses intestinales, libres et mobiles, n'adhéraient ni entre elles, ni à la paroi, ni aux organes du petit bassin; pas une goutte de liquide ne séparait les surfaces. Et notez que, l'année précédente, le péritoine était littéralement farci de tubercules, — faites-moi grâce de la preuve bactériologique, — il y en avait partout : sur l'intestin, la paroi, l'utérus, les annexes, la vessie; la surface péritonéale était comme chagrinée, tant les granulations étaient confluentes, et les anses baignaient dans un liquide louche, laiteux, puriforme, avec des flocons pseudomembraneux et des adhérences molles. Je pouvais donc constater une transformation radicale, un retour étonnant des surfaces à l'état normal, une véritable guérison, avec une réserve cependant : çà et là, une granulation se voyait encore, isolée; sur la convexité d'une anse intestinale, j'en ai bien compté jusqu'à la douzaine, et, en plongeant le doigt dans le petit bassin, on en trouvait encore une certaine quantité sur la face postérieure de l'utérus. La guérison n'était donc pas absolue, mais il ne s'en fallait pas de beaucoup, et, comme la malade jouit toujours de la meilleure santé, il nous est permis de croire qu'elle est achevée aujourd'hui. En tout cas, l'arrêt du processus tuberculeux et son retour en arrière sous l'action bienfaisante de la laparotomie ne sont pas niables.

Une autre question est soulevée par le même fait, celle du mécanisme de la guérison. Bien des hypothèses ont été faites quant à l'influence que peut avoir l'ouverture de l'abdomen sur la péritonite tuberculeuse, influence d'autant plus mystérieuse que les mêmes résultats sont obtenus quoi qu'on fasse : simple évacuation du liquide, nettoyage avec des éponges, lavage du péritoine à l'eau bouillie, salée ou boriquée, lavage discret ou abondant. On a dit, par exemple, que l'évacuation et l'irritation légère du péritoine déterminaient des adhérences entre les surfaces, et que les tuber-

cules, emprisonnés dans un tissu fibreux de nouvelle formation, y trouvaient un milieu impropre à leur développement. Mon observation démontre qu'au bout d'un an on trouve les surfaces libres, polies et glissantes; qu'il n'y a ni adhérences, ni processus fibreux, et qu'on doit chercher ailleurs l'explication du mystère.

Le fait que je vous ai décrit n'est pas absolument nouveau. Chez des malades dont le ventre était guéri à la suite d'une laparotomie, et qui plus tard avaient succombé à la phtisie pulmonaire, quelques auteurs, cherchant à l'autopsie les granulations tuberculeuses du péritoine, ne les ont plus retrouvées. Il y a donc des observations antérieures à celle-ci, qui démontrent la guérison anatomique de la tuberculose péritonéale. Mais je n'en connais aucune en France ayant permis de faire cette constatation pendant la vie. C'est pourquoi j'ai cru intéressant de compléter par ces nouveaux détails le fait clinique dont je vous ai entretenus l'an dernier.

Discussion.

M. Routier. Je puis répondre à la question que pose M. Richelot, en faisant le relevé des cas de péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie, pour une revue que j'ai publiée en avril 1890 dans la *Médecine moderne*, j'ai pu recueillir le fait très intéressant cité par Ceccherelli : il s'agissait d'un enfant de 11 ans, à qui l'auteur fit la laparotomie; il évacua le liquide ascitique, lava le péritoine à la solution de thymol et pulvérisa d'iodoforme; l'analyse microbiologique prouva dans ce liquide ascitique la présence de bacilles.

Mais un mois après, l'ascite se reproduisait, Ceccherelli rouvrit le ventre, évacua de nouveau l'ascite, constata l'existence de quelques adhérences, referma, et l'enfant guérit.

Cette fois, il n'y avait plus de bacilles dans le liquide.

Les quatre cas cité par Ceccherelli, tous suivis de guérison, ont tous présenté des bacilles.

Comme M. Richelot, je ne crois pas que la guérison se fasse par le système de la formation d'adhérences : je n'ai pas eu l'occasion de rouvrir le ventre de la jeune fille que j'ai présentée en octobre 1890 à la Société, et qui avait, après une laparotomie pratiquée contre la péritonite tuberculeuse, gagné 28 livres en un mois; mais la souplesse de son ventre, l'absence de matité, de gâteaux, me permettait de supposer que ses anses intestinales avaient repris leur aspect normal; or quand je fis la laparotomie, outre l'ascite formée de liquide louche, sale, la surface péritonéale pariétale et viscérale ressemblait à un vieil ulcère mal soigné.

La malade, revue le 27 avril 1892, va parfaitement.

Communication.

M. le Secrétaire général donne lecture de l'observation suivante, envoyée par M. Phocas (de Lille), membre correspondant.

Note sur la position de Rose dans l'opération des becs-de-lièvre compliqués.

Par le Dr Phocas, agrégé à la Faculté de Lille.

Dans cette note je désire insister sur le dispositif de l'opération de bec-de-lièvre compliqué, d'après trois opérations personnelles, dont je ne rapporterai qu'une, la dernière en date.

Je ne voudrais nullement revendiquer une priorité dans cette question si simple. Il est très probable que d'autres opérateurs se sont servis de la position de Rose dans les opérations de bec-de-lièvre. Ce que je désire surtout faire ressortir c'est la facilité que cette position donne à l'opérateur et attirer l'attention sur l'élégance de l'opération exécutée de cette façon.

Voici du reste en quelques mots l'observation et le procédé suivi :

La nommée Léonie G..., âgée de 4 mois, me fut amenée par ses parents le 3 février 1892 pour un bec-de-lièvre compliqué unilatéral.

Le bec-de-lièvre est droit. Il existe du côté de la lèvre supérieure et à droite une fissure verticale qui pénètre dans la narine.

Le bord gauche de la fente est oblique; le bord droit vertical et plus haut. La narine droite est largement rejetée en dehors et épatée. Avec cette fissure des parties molles il existe une fente osseuse, dont le bord gauche (bord médian) est sur un plan antérieur par rapport au bord droit. Il avance, en effet, de 5 millimètres environ. La fente osseuse se prolonge dans le voile du palais et dans la voûte palatine.

Le 3 février 1892, après avoir savonné les joues et lavé les cavités buccale et nasale avec de l'eau boriquée, j'ai donné du chloroforme à l'enfant. L'anesthésie fut obtenue très rapidement par le procédé de sidération. J'ai tiré ensuite l'enfant au bord du lit et j'ai placé un coussin de table sur lequel reposait le dos de l'enfant, la tête de la patiente était pendante. Un aide placé à droite maintenait l'enfant dans cette position et avec la paume de sa main soutenait la tête au niveau de l'occiput. La chloroformisation se continuait à l'aide d'une éponge imprégnée de chloroforme et tenue avec une pince. Un autre aide placé à gauche sur le bord gauche du lit était prêt à m'aider et à me passer les instruments. Vis-à-vis de l'enfant, ayant le dos tourné à une haute fenêtre et devant moi la face de l'enfant renversée, je me suis placé pour opérer. J'ai commencé par décoller avec le bistouri la lèvre maxillaire et à détacher de l'os l'aile du nez; après avoir poursivi ces décollements

sur une grande étendue avec le bistouri et la spatule sans avoir été gêné par le sang (on pratiquait la compression au fur et à mesure que j'avançais), j'ai pratiqué une incision verticale sur la muqueuse et j'ai fait une ostéotomie verticale au niveau de l'union de l'os intermaxillaire avec le maxillaire.

Cette simple ostéotomie m'a permis de repousser avec le pouce le bord droit de la fissure osseuse et à lui faire reprendre son rang. L'os avait une certaine tendance à revenir en avant, mais je me suis fié à la suture des parties molles pour le contenir.

Pendant les manœuvres que j'ai exécutées pour ostéotomiser l'os ou pour le pousser en arrière, les mains de l'aide qui empaumait l'enfant par l'occiput me servaient de point d'appui.

Enfin j'ai procédé finalement à l'avivement et à la suture selon le procédé de Mirault. Je n'insiste pas sur ces détails, sinon pour dire que les points de suture ont été très facilement et très correctement placés grâce à la position de l'enfant.

L'anesthésie a été à peu près parfaite. L'enfant s'est réveillée comme d'habitude.

Les fils furent enlevés le troisième et le quatrième jour. Le troisième jour j'ai enlevé un point de suture enchevillée profond au catgut qui traversait la joue. Le quatrième tous les points de suture furent retirés (deux en argent et quatre en fil de soie).

Réunion par première intention et restauration très satisfaisante. L'enfant est partie chez elle et je viens de recevoir de bonnes nouvelles (25 février).

La position renversée de la tête me paraît donc être un adjuvant précieux dans les opérations du bec-de-lièvre compliqué.

Grâce à cette position, les larges débridements peuvent se faire au bistouri sans aucun danger, pour deux raisons : la première, c'est la facilité de la compression qui s'exerce alors de haut en bas dans un sens où l'on peut déployer de la force et comprimer avec précision les points saignants ; la seconde, c'est que le sang ne pénètre pas dans le pharynx, mais ressort par les narines.

La position inclinée facilite encore les débridements avec la spatule, qui est maniée de haut en bas et de droite à gauche ou de gauche à droite, c'est-à-dire dans un sens très favorable à la précision et à la force nécessaire qu'on doit déployer. La bouche peut être du reste facilement ouverte et si on avait besoin d'agir sur le vomer, on le ferait avec une grande facilité.

La suture elle-même se fait mieux que quand l'enfant est droit ou couché et demi-assis. Pour passer les fils on n'est pas gêné par les mains de l'aide ou par le menton du patient. Les aides sont bien placés pour ne pas gêner l'opérateur.

La face est largement éclairée exposée devant le jour suffisant d'une fenêtre.

En somme, je crois que pour les opérations de bec-de-lièvre compliqué, la position de Rose est excellente et mérite d'attirer sérieusement l'attention.

Je l'ai employée trois fois sans accidents.

Présentation de malades.

M. Michaux présente deux malades auxquels il a pratiqué la suture de l'olécrâne pour une fracture, sans plaie extérieure : guérison avec retour rapide des mouvements du membre.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 27 avril 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la quinzaine;

2° Lettre de M. Terrier demandant un congé d'un mois;

3° Lettres de MM. Chaput, Michaux, Picqué et Tuffier, demandant à être inscrits sur la liste des candidats à la place vacante de membre titulaire de la Société de chirurgie;

4° *Contribution à l'étude de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires*, par M. Mabboux (extrait du *Lyon médical*, avril 1892);

5° *Annual report of the board of regents of the Smithsonian institution* (Report of the national Museum for 1889; Washington, 1891);

6° *Bulletin de la Société de médecine de Rouen* pour 1891 ; Rouen, 1892.

M. Bois (d'Aurillac), membre correspondant, assiste à la séance.

Communication écrite.

M. le Secrétaire général donne lecture du mémoire suivant :

De la résection et de la suture de l'urètre,

Par M. le Dr Jouon (de Nantes).

Les progrès considérables réalisés dans la connaissance théorique et la pratique des affections urinaires sous l'influence de l'école de Necker n'ont pas atteint leur dernier terme. Il reste encore beaucoup à faire avant que l'ensemble des praticiens marche d'accord et sur les principes et sur les procédés opératoires. Les dernières leçons du professeur Guyon sur le traitement des rétrécissements urétraux serviront de guide assuré à tous ceux qui veulent allier la prudence aux tentatives de perfectionnement, de progrès, qui se multiplient de tous côtés; mais à côté des règles classiques, des traditions appuyées sur une vaste expérience, est-il interdit de signaler certains faits assez nouveaux susceptibles de les modifier utilement? Ne peut-on, par exemple, en face des enseignements magistraux sur l'urétrotomie, indiquer d'autres méthodes et les proposer à la critique?

Je l'ai pensé, et c'est pourquoi j'ai rédigé la petite étude suivante, qui peut-être rappellera l'attention des spécialistes sur la *résection et la suture de l'urètre*, un peu négligées chez nous.

Devant une rupture récente de l'urètre, le chirurgien a sa ligne de conduite aujourd'hui bien tracée. S'il échoue dans une tentative prudente de cathétérisme il taille immédiatement le périnée sur le raphé et débarrasse le foyer traumatique des caillots comme de l'urine qui déjà peut s'y être infiltrée. Puis, suivant ses préférences, il laisse autour d'une sonde à demeure le bourgeonnement de la plaie reconstituer un nouveau canal, ou bien, méthode incomparablement supérieure dont le récent mémoire de Hägler [1] démontre tous les avantages, il suture les deux

[1] Zur Behandlung der Harnröhrenverletzungen und ihrer Folgen (aus der *Chirurgischen Klinik zu Basel*, Professor Socin), von Dr C. Hägler, Assistenzarzt. — Voyez aussi Kaufmann, *Centralblatt f. Schweiz. Ærzte*, janvier 1884.

bouts de l'urètre. Si la suture réussit, et c'est la règle, l'art chirurgical remporte là un de ses plus beaux triomphes ; si elle échoue, rien n'est perdu, puisque le bourgeonnement autour de la sonde finira par donner un assez bon canal, comme le prouvent les succès de l'urétrotomie externe.

Mais si la rupture a laissé derrière elle un rétrécissement cicatriciel avec ou sans callosités et fistules, que doit-on faire ?

Il faut distinguer : 1° les cas récents dont la dilatation systématique peut avoir raison. Malgré les aléas et les mécomptes d'une telle pratique, elle est encore presque toujours suivie et l'on n'ose pas la condamner absolument. Et pourtant qui n'a vu et déploré les retards inutiles, les complications variées qu'elle entraîne, et finalement ses insuccès ?

Si des cas plus anciens et plus graves guérissent d'emblée par extirpation et suture, ainsi qu'en témoignent des observations déjà nombreuses, ne vaudrait-il pas mieux y recourir tout d'abord, plutôt que de s'épuiser en efforts presque toujours inutiles de dilatation ?

2° Pour les rétrécissements traumatiques de vieille date, infranchissables ou presque infranchissables, peu ou pas dilatables, portés par des individus négligents et maladroits, déjà plusieurs fois sectionnés, compliqués ou non de masses calleuses et de fistules, l'urétrotomie externe avec sonde à demeure est restée jusqu'ici l'*ultima ratio* des chirurgiens.

Or, nul ne le niera, presque toujours le rétrécissement se reforme, les cicatrices et les fistules persistent, les dilatations sans cesse renouvelées sont l'occasion un jour ou l'autre de l'infection des voies urinaires, de sorte que les paroles de M. Terrier à la Société de chirurgie en 1885 sont encore l'expression fidèle du sentiment général.

« Pour mon compte personnel, disait-il, je suis convaincu que tout individu atteint de rupture du canal est exposé, malgré urétrotomie sur urétrotomie, à garder un rétrécissement qui fait des progrès incessants, et par conséquent est sujet à nouvelle récidive. »

D'autre part, peut-on raisonnablement croire que par exception à tous les faits connus, le bourgeonnement consécutif à l'urétrotomie reconstituera sur la sonde à demeure un canal à parois normales et que dès lors la récidive n'est pas à craindre ?

Bien rares ceux dont la foi robuste acceptera pareilles promesses ; on continuera jusqu'à preuves expérimentales péremptoires à redouter la rétractilité indéfinie des tissus cicatriciels, à l'urètre comme ailleurs.

Sommes-nous donc désarmés ? Faut-il vis-à-vis d'une autre

méthode, l'urétrectomie suivie de la suture immédiate des deux bouts, conserver les doutes et les méfiances de M. Horteloup[1] exprimées en ces termes :

« Après avoir fait la résection, on a proposé d'attirer les deux extrémités de l'urètre et de faire la suture. Je ne crois pas que cela soit possible pour des résections de plusieurs centimètres.

« ... Des observations ultérieures nous diront peut-être s'il est préférable, contre un rétrécissement traumatique de l'urètre récidivé, de pratiquer la résection. »

Je réponds : *non.*

Il n'est pas besoin d'observations *ultérieures ;* car la preuve est faite depuis des années de l'excellence de cette méthode, et s'il est une chose étrange, c'est qu'elle soit restée comme inconnue, dédaignée ou niée jusqu'à ce jour.

Robert en 1839[2], Bourguet[3], Birkett[4], König[5], Heussner[6], pratiquent avec succès pour des cas de cet ordre l'urétrectomie suivie de suture[7]. Ç'aurait dû être assez pour encourager les chirurgiens dans cette voie ; mais en 1884 la thèse de Parizot[8] porte la démonstration à un tel degré d'évidence que si l'on doit être stupéfait de quelque chose, c'est de voir qu'aujourd'hui cette méthode, la méthode par excellence, et qu'on pourrait appeler la méthode française, tant les remarquables opérations de Daniel Mollière[9] l'ont magistralement établie, demeure méconnue ou condamnée parmi nous[10]. Dans cette thèse et dans les observations qu'elle renferme tout est dit. Les différents temps du procédé bien décrits, le traitement consécutif, la terminaison toujours heureuse en quelques jours, le malade sortant avec un jet d'urine complètement normal et ne gardant aucune cicatrice capable de rétraction, voilà ce qu'on y trouve, et six ans plus tard cependant on attend encore des *observations ultérieures !*

Pour éclairer les oublieux et rassurer les timorés, je leur con-

[1] *Soc. de chirurgie,* 1890.

[2] *Gaz. méd.,* 1839.

[3] Bourguet (d'Aix) a conseillé, avec une observation à l'appui, de profiter de l'incision périnéale (après rupture de l'urètre suite de rétrécissement) pour aller exciser le rétrécissement et suturer les deux bouts (Étienne, *Journal de Guyon*, 1887, p. 429).

[4] In *Holmes' Surgery.*

[5] Cité en 1882 par Heussner in *Berl. Klin, Woch.*, 1887, p. 397.

[6] *Ibid.*

[7] Robert avait simplement fermé la plaie avec des bandelettes agglutinatives.

[8] *De l'excision des rétrécissements calleux de l'urètre suivie de réunion immédiate*, mai 1884. Lyon.

[9] La sixième observation est moins probante que les cinq autres.

[10] Pierre (*Thèse de Bordeaux,* 1890, Sur les ruptures traumatiques de l'urètre) ne parle même pas de l'urétrorraphie.

seillerai de lire alors par surcroît la deuxième observation de Heussner[1]. Ils y verront, malgré des incidents bizarres, le malade renvoyé au bout de huit jours, guéri à fond, avec un canal intact.

L'observation suivante ne pourra manquer sans doute d'encourager aussi les chirurgiens à utiliser cette méthode.

Théophile L..., 67 ans, maçon à Pornic, tombe à califourchon sur une chaîne de fer, le 7 août 1891. — Rétention d'urine. — Le médecin réussit à le sonder, et, pendant onze jours, la miction se fait spontanément.

Mais une dysurie croissante se déclare, et, en septembre, un abcès périnéal s'ouvre au périnée, laissant échapper l'urine.

Peu à peu l'orifice se resserre et se transforme en un pertuis étroit d'où l'urine sort à tout effort de miction, en même temps qu'il en sort une quantité presque égale par le méat.

Le 29 novembre, il entre à l'hôtel-Dieu de Nantes.

Nous constatons sur le périnée, à 2 centimètres à droite du raphé et à mi-distance de l'anus au scrotum, un point rosé par lequel sourd presque constamment un peu d'urine. Parfois, nous dit le malade, toute l'urine sort par la fistule; d'autres fois, il peut encore expulser par le méat un très petit jet filiforme ou tout au moins quelques gouttes.

Un stylet fin s'engage dans la fistule et parcourt 5 millimètres obliquement en avant et en dedans, mais ne peut pénétrer plus loin.

On prend entre les doigts une masse calleuse assez mobile qui s'étend de l'orifice fistuleux à l'urètre et mesure 15 à 16 millimètres en tous sens.

A 12 à 13 centimètres du méat, les sondes et les explorateurs de toutes formes et de toutes dimensions viennent buter contre un obstacle infranchissable.

A plusieurs reprises, ces tentatives sont renouvelées les jours suivants, mais sans succès.

Le malade étant d'ailleurs dans de bonnes conditions de santé générale, et l'urine recueillie au méat ne montrant qu'un degré modéré de catarrhe, nous décidons de pratiquer l'urétrectomie et l'urétrorraphie.

4 *novembre*. Bain de sublimé. Lavement purgatif.

5 *novembre*. Au réveil, autre lavement purgatif.

Éthérisation après injection d'un centigramme de morphine.

Préparation scrupuleusement antiseptique du périnée, du scrotum et de l'urètre.

Position de la taille. — Une sonde mousse urétrale indiquant le siège du retrécissement, une incision médiane de 6 centimètres part de 2 centimètres au-dessus de lui pour aboutir en avant de l'anus.

Le bulbe étant découvert, on le dégage à droite et à gauche, ce

[1] *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1887.

qu'une tension de la verge sur la sonde rend assez facile. La masse calleuse est sectionnée de son adhérence à l'urètre et rejetée dans la lèvre droite de la plaie. Peu d'hémorragie.

Section transversale de l'urètre en avant du retrécissement. A un bon centimètre en arrière, deuxième section jusqu'aux corps caverneux, et extirpation du morceau coupé.

Je dissèque et j'enlève alors la masse calleuse, y compris son orifice cutané.

Les deux bouts de l'urètre, faciles à voir dans la plaie, sont rapprochés sans traction sensible.

Avec une aiguille de Reverdin, je passe quatre fils de catgut très fins à travers toute l'épaisseur des parois urétrales, dans le demi-cercle supérieur du canal; les nœuds sont dans le canal.

Une sonde n° 16, en caoutchouc rouge parfaitement aseptique, est passée du méat dans la plaie, et elle est introduite aisément dans le bout postérieur.

Cinq points de catgut, nœud en dehors, ferment le demi-cercle inférieur du canal.

L'écoulement sanguin assez abondant qui provient des piqûres de l'aiguille s'arrête par une irrigation chaude.

Les fascias sous-cutanés sont réunis transversalement par quatre points de suture, et quelques autres points sont placés latéralement en étages pour combler les rigoles para-urètrales.

Six points ferment la plaie cutanée médiane, et trois la plaie résultant de l'extirpation de l'orifice fistuleux.

Avec un crin de Florence transfixant les deux lèvres du méat et la sonde, celle-ci est complètement immobilisée.

Lavage de la vessie avec eau boriquée, puis avec nitrate d'argent au 1/000e.

La pièce enlevée mesure en haut 10 millimètres, en bas 18 millimètres. Elle présente en avant la section de l'urètre, qui se termine en cul-de-sac sur le retrécissement que je ne puis enfiler avec le stylet le plus fin. Il semble que tout soit transformé en un bloc cicatriciel.

En arrière, je ne puis trouver trace du canal; la section postérieure coïncidait exactement avec la fin du rètrécissement qui mesurait 7 millimètres.

6 *décembre*. Le malade a ôté le fosset toutes les trois heures. Lavage au nitrate d'argent. Pas de fièvre.

7 *décembre*. Pas de lavage. État général excellent.

8 *décembre*. Urines troubles. Le lavage est repris.

9 *décembre*. Deux garde-robes. Pas de lavage.

10 *décembre*. Deux garde-robes. Urines claires.

11 *décembre*. J'enlève la sonde. Au méat se trouve une toute petite gouttelette mucopurulente, et dans l'œil de la sonde il y a quelques mucosités claires. On peut attribuer l'intégrité parfaite du canal après six jours de contact avec une sonde à l'asepsie rigoureuse de celle-ci et à l'occlusion totale dans laquelle la verge a été maintenue.

Dans la journée, le malade urine seul trois fois sans difficultés.

12 *décembre*. Le pansement est enlevé. Tout est réuni, sauf une ligne rosée d'un centimètre au milieu de la plaie. D'ailleurs, pas une goutte de pus, ni trace d'urine au périnée. Pansement iodoformé.

14 *décembre*. En urinant, il sort un bloc de nœuds de catgut.

17 *décembre*. Périnée absolument sec. Le malade se trouve complètement guéri ; le jet d'urine est libre et normal. Exeat.

15 *janvier*. La guérison est parfaite; l'émission d'urine se fait aussi large, aussi puissante qu'avant l'accident.

Inutile de faire suivre de longues remarques ce cas dont la simplicité fait tout l'intérêt. Signalons seulement quelques petits détails opératoires.

Au moment de sectionner le bout antérieur, il est préférable de retirer la sonde indicatrice, et, fixant l'urètre avec une pince, de le couper franchement en travers. Aucun instrument ne vaut pour cela les ciseaux légèrement courbes des coiffeurs : ils sont toujours d'excellent acier, et jointés de la pointe de façon à sectionner comme avec un rasoir.

Il est inutile de poser, comme je l'ai fait, neuf points de suture; cinq ou six suffiront vraisemblablement. Peut-être devrait-on placer tous les nœuds hors de l'urètre ; pour ceux du demi-cercle supérieur, il y aurait un peu plus de difficultés, mais de la sorte on éviterait la gêne de miction qu'ils peuvent causer en obstruant plus ou moins le canal.

Daniel Mollière employait les fils métalliques, mais leur enlèvement ultérieur paraît *a priori* si difficile, qu'il semble préférable de recourir au catgut très fin.

On a proposé de ne pas comprendre la muqueuse dans la suture; c'est un raffinement dont l'avantage est trop problématique pour compenser la gêne de l'exécution. On fera mieux d'embrasser toute l'épaisseur des parois.

Quand on a des doutes sérieux sur la solidité de la suture, soit que la perte de substance atteigne ou dépasse 3 centimètres, soit que l'opéré ressente habituellement de fortes érections, il sera prudent de ne pas suturer le périnée et de le bourrer seulement à la gaze aseptique.

Si l'on était pas tombé du premier coup sur le bout postérieur béant, on en serait quitte pour reporter la section un peu plus en arrière jusqu'à rencontre du canal libre.

Quand la sonde à demeure est bien aseptique et fixée par un point de suture au méat (seul moyen *radical* de la maintenir en place), et quand on protège hermétiquement la totalité du champ opératoire, on se trouve à l'abri des complications infectieuses; par surcroit, on pourra pratiquer des injections vésicales.

Le maintien de la sonde sera seulement de quelques jours, la coaptation des bouts étant exactement assurée par la suture.

Pour protéger parfaitement et soutenir le périnée, il convient d'appliquer un double spica allant de la ceinture se croiser en avant de l'anus. Celui-ci demeure libre, et l'on n'a pas, comme avec le bandage en T, à renouveler ou retoucher le pansement à chaque selle.

Maintenant, qu'il nous soit permis d'envisager la question de plus haut.

Ne demandons plus si l'urétrorraphie est bonne pour les ruptures récentes : les observations de Socin-Hägler le démontrent surabondamment ; non plus si l'urétrectomie suivie de suture est le *meilleur* traitement des retrécissements et callosités traumatiques, car les faits de Daniel Mollière à eux tout seuls en témoignaient suffisamment dès 1884 ; mais recherchons encore si la méthode ne devrait pas être le traitement de choix des *retrécissements blennorragiques*.

A première vue la question surprend. Pour un rétrécissement si facile à traiter tantôt par dilatation, tantôt par urétrotomie interne ou externe, on proposerait de réséquer puis de suturer l'urètre ! N'est-ce pas fantaisie, envie de faire du nouveau à tout prix ?

Je ne le pense pas, et plus on y réfléchit, plus il semble au contraire que l'urétrectomie et la suture doivent être *pour les cas opérables* l'opération préférée.

Je dis *les cas opérables*, car évidemment beaucoup de sténoses prises à leur début, ou d'une rétractilité médiocre, guériront par la dilatation systématique lente ou rapide ; et si elles ne guérissent pas à fond, du moins resteront-elles de ces infirmités supportables avec lesquelles on peut vivre en paix.

D'autre part, si le malade porte une série de rétrécissements tous très serrés, dépassant en longueur totale plus de 3 centimètres, nul doute que la résection ne soit périlleuse et qu'une bonne urétrotomie externe ne leur convienne mieux.

Mais ces cas sont-ils nombreux ? Incontestablement non ; ils sont très rares. Quand il y a plusieurs rétrécissements, presque toujours un seul est serré, résistant, non ou peu dilatable, et les autres cèdent aisément aux bougies dilatatrices. C'est donc le plus étroit, généralement le plus postérieur, qui fait tout le mal, et c'est lui qu'il faut guérir.

Or, ce rétrécissement, loin de mesurer 3 centimètres, est généralement court. Tous les auteurs en conviennent, et Voillemier dont l'ouvrage nourri de faits demeure une mine précieuse de

documents précis et exacts, s'exprime ainsi : « On peut dire que les rétrécissements sont assez courts. Formés par une petite cicatrice et des replis de la muqueuse, ils n'ont pas plus de 1 à 2 centimètres... Ceux qui sont constitués par une induration du tissu spongieux ou une cicatrice résultant d'une lésion traumatique ont de 5 millimètres à 1, 2 et 3 centimètres.

Et Voillemier, dans ces longueurs, compte non seulement le retrécissement muqueux, mais encore le disque d'infiltration plastique sous-jacente.

On peut donc affirmer que dans la grande majorité des rétrécissements étroits, la partie malade ne dépasse pas, n'atteint même pas 3 centimètres, et dès lors est justiciable de l'urétrectomie avec suture.

Mais alors, si la chose est possible, et si, comme on l'a vu, les rétrécissements traumatiques même compliqués de grosses masses calleuses et de fistules cèdent admirablement à cette méthode, pourquoi hésiterait-on à l'employer pour les cas plus simples de rétrécissements blennorragiques ou autres ?

Peut-on se dire satisfait des dilatations? Avec elles guérit-on vite et radicalement ? Évite-t-on les complications septiques? Peut-on se fier à elles quand il s'agit d'ouvriers négligents, de pauvres dont les instruments toujours sales menacent incessamment l'appareil urinaire ?

L'urétrotomie interne par le couteau ou l'électricité fait-elle autre chose qu'une section momentanée dans l'anneau cicatriciel qui tôt ou tard va refermer sa brèche et réclamer encore des sections nouvelles ou des dilatations indéfinies ?

Sachons l'avouer : ces moyens ne sont que des palliatifs, et n'atteiguent pas le but, la guérison radicale.

Par l'urétrotomie externe on se flatte d'obtenir des résultats merveilleux. Sur la sonde à demeure un nouveau canal souple, quasi normal, muni d'une muqueuse saine, doit être l'œuvre de cette restauration organique que la nature accomplit en créant ou réparant suivant la formule juridique bien connue : *locus regit actum.*

Pour mon compte j'en doute beaucoup; mais en fussé-je convaincu, que je n'hésiterais pas à préférer encore la résection et la suture.

En effet, l'urétrotomie externe, assez difficile d'exécution, abandonne sous les corps caverneux portion plus ou moins importante du tissu malade, et laisse porte ouverte à toutes les complications d'une plaie malaisée à protéger.

Faites au contraire de propos délibéré l'urétrotomie, et vous débarrassez complètement la région des tissus morbides ; faites

la suture, et vous guérissez radicalement en trois ou quatre jours.

Au pis aller, si vous êtes tombé sur des rétrécissements trop longs pour permettre l'urétrorraphie, eh bien ! rien n'est perdu; l'opération se transforme en urétrotomie externe avec un terrain déblayé, plus favorable par conséquent à la restitution du canal neuf.

C'est donc à bon droit que nous osons, contre les rétrécissements non dilatables, et quelle que soit leur origine, proposer l'urétrectomie, déjà conseillée par des maîtres dont l'habileté, le tact chirurgical et la prudence ne le cèdent à personne; il est temps qu'elle pénètre dans la pratique de tous, et qu'ainsi la guérison radicale ne soit plus l'exception, mais la règle.

Rapport.

Indications et valeur de la résection dans l'ostéo-arthrite fongueuse de l'articulation des deux premières pièces du sternum, compliquée de luxation pathologique en avant du corps sur le manche par le Dr A. Yvert, *médecin-chef de l'École d'application de cavalerie.*

Rapport par M. Chauvel.

Le jeune soldat chez lequel notre collègue de Saumur a eu l'occasion d'observer une ostéo-arthrite tuberculeuse de la jointure des deux premières pièces du sternum et de pratiquer la résection d'une partie de cet os ne présentait pas seulement ces lésions. A son entrée à l'hôpital le 26 février 1891, B..., 21 ans, élève télégraphiste militaire, était atteint d'une bronchite généralisée, avec fièvre violente (près de 40°) et aspect terreux, cachectique, pouvant faire penser à une tuberculisation aiguë. Cependant l'examen de la poitrine permit de rejeter immédiatement cette hypothèse.

En même temps que son affection pulmonaire on constatait chez ce malade :

1° Une collection purulente au niveau de la partie interne de l'éminence hypothénar droite, avec douleur intense dans la moitié supérieure du 5e métacarpien;

2° Un second abcès en formation à la partie externe du pied gauche;

3° Un empâtement de la dimension d'une pièce de cinq francs à l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs de la face extérieure du sternum.

Traitement. — Quinquina, banyuls, iodoforme en capsules. Les abcès de la main et du sternum sont ouverts le 27 février ; il s'en écoule un pus séreux, rougeâtre, mal lié. Désinfection, drainage. Même intervention le 28 pour la collection du pied.

Au sternum, le gonflement augmente ; l'os est à nu dans le foyer ; son corps, soulevé par les battements du cœur, commence bientôt à faire saillie en avant. Le pus spumeux s'écoule mal, les douleurs sont vives et la respiration gênée. Une large incision en T met à nu, le 8 mars, la face profonde du foyer qui correspond à l'articulation des deux pièces sternales. Avec la curette on enlève tous les tissus fongueux et l'on met ainsi à jour un orifice où le doigt pénètre et qui conduit dans un clapier placé en arrière de l'os. Tamponnement avec la gaze iodoformée pour arrêter l'écoulement sanguin.

Le lendemain on voit qu'il ne s'agit pas d'une simple perforation du sternum, mais bien d'une luxation du corps de l'os en avant du manche avec formation en arrière d'une véritable cavité purulente. Les articulations sternales des troisièmes cartilages costaux sont disjointes ; la pièce inférieure chevauche sur la poignée de 2 à 3 centimètres environ, cette dernière ayant conservé sa situation et ses attaches normales. En arrière, le surtout ligamenteux épaissi protège le médiastin. Cependant, le corps du sternum déplacé, très mobile, est soulevé d'une façon notable à chaque extraction du cœur.

Le 10 mars, avec les cisailles de Liston, notre collègue résèque 4 centimètres de la partie supérieure du corps sternal, en donnant à la section une obliquité qui doit favoriser l'écoulement du pus. Ce résultat est également atteint par la position demi-assise que conserve l'opéré. Enfin, pour obvier à la gêne respiratoire qu'occasionne la mobilité du sternum, une cuirasse de diachylon est appliquée sur la partie inférieure de la cage thoracique comme dans une fracture de côte. Le soulagement est immédiat.

Tout se passe bien jusqu'au 21 mars, où, la température s'étant élevée sans cause apparente au-dessus de 39°, on constata à la fesse droite une énorme collection purulente occupant toute la fosse iliaque externe, avec une ouverture spontanée d'où s'écoule du pus depuis la nuit. Une large incision donne issue à plus de 300 grammes d'un pus sanieux, renfermant des grumeaux des tissus mortifiés. Désinfection au sublimé et pansement iodoformé. En introduisant le doigt dans le foyer, on s'assure qu'il siège sur le grand fessier, et que sa suppuration provient du périoste ou du tissu osseux.

Bientôt l'appétit se relève, la fièvre disparaît, la suppuration diminue de tous les côtés, le foyer sternal se comble. Le 16 avril

les abcès de la fesse et de la main sont complètement cicatrisés; B... se lève et descend au jardin. Il part le 28 mai, en congé de convalescence, ne conservant comme reliquat de sa maladie qu'un bourgeon charnu au niveau de la brèche faite au sternum.

Après cinq mois de convalescence, B... rentre à son corps le 28 octobre; sa plaie sternale n'est complètement cicatrisée que depuis deux mois. Son état général est satisfaisant, ses poumons sont sains; une cicatrice irrégulière, rosée, mince, mobile, sauf en quelques points, témoigne de l'opération pratiquée en mars.

La pression sur le sternum et les parties avoisinantes ne détermine pas de douleurs. Au reste, ce cavalier a repris son service, et jusqu'en décembre il ne s'était pas présenté à la visite. Des autres foyers purulents, il ne reste aucune trace actuellement.

M. Yvert fait suivre l'observation que je viens de résumer de quelques réflexions destinées à en faire ressortir les particularités. Bien que l'examen du foie, des parties osseuses et des fongosités enlevées n'ait pas été pratiqué (les pièces expédiées au laboratoire du Val-de-Grâce s'étant perdues en route), notre confrère conclut des phénomènes observés à la nature tuberculeuse de l'affection. Il nous paraît, comme à lui, qu'il ne saurait y avoir de doutes à cet égard. Qu'on admette pour les abcès du pied, de la main, de la fesse, que le point de départ de la suppuration doit être placé dans le périoste (*périostite externe de Gaujot*) et non dans les os, c'est une simple vue de l'esprit qui ne repose pas dans l'observation sur des preuves matérielles. De même qu'au sternum le tissu osseux était envahi par le tubercule en même temps que la jointure des deux pièces était remplie de fongosités, il nous paraît probable que dans les autres régions le processus n'était pas exactement limité aux tissus mous. Au reste, ce point n'a qu'une importance minime dans le cas actuel. La guérison de ces foyers paraît s'être faite sans élimination des parties osseuses.

Quel a été, se demande M. Yvert, le point de départ de cette infection, la porte d'entrée du bacille? Les altérations pulmonaires sont restées douteuses, à vrai dire elles n'ont jamais été constatées par des signes physiques manifestes. Ce n'est pas du poumon que sont partis les germes tuberculeux. Mais, en scrutant les antécédents du malade, on trouve qu'en novembre 1890, en portant une civière de fumier, il eut l'auriculaire droit pris entre une pierre et la hampe de la civière. Il en résulta une plaie contuse, et cette plaie peut avoir été la voie d'introduction de la tuberculose. C'est en effet dans le voisinage immédiat de cette blessure que s'est développé l'abcès constaté le premier, la lésion la plus avancée au moment de l'observation.

Bien qu'il en soit, il nous paraît que cette évolution du mal débutant par une porte d'entrée tégumentaire pour de là infecter toute l'économie n'est pas ici démontrée. Et si le malade est suivi pendant plusieurs années, je crains que des manifestations tuberculeuses du poumon ne soient malheureusement à constater avant peu.

Au point de vue de la rareté de l'arthrite tuberculeuse sterno-sternale, M. Yvert fait remarquer que l'article STERNUM du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, rédigé par M. Servier, ne cite qu'un cas de ce genre. Ce fait a été publié par M. Bourneville dans le *Bulletin de la société anatomique* de 1869, 2e série, t. XIV. Chez son malade il existait également un déplacement en avant du corps du sternum, mais la persistance du tégument antérieur s'opposait à un chevauchement un peu prononcé.

M. Yvert se demande si la conduite qu'il a suivie n'est pas susceptible de critique. Pour donner au pus un écoulement facile, pour éviter la formation d'un clapier derrière le corps du sternum déplacé, il n'a pas hésité à supprimer l'obstacle, c'est-à-dire la partie de l'os qui formait barrière en avant. Cette façon d'agir était absolument rationnelle, car le danger dans ces lésions est surtout du côté du médiastin. De plus, en enlevant la partie supérieure du corps du sternum, notre collègue s'attaquait directement au siège du mal. Bien que l'examen de l'os réséqué n'eût pas été pratiqué, il ne paraît pas douteux qu'il fût lui-même atteint par la tuberculose.

Cette résection dans le cas actuel avait aussi l'avantage de permettre la cicatrisation du foyer profond et la réunion des deux fragments désunis qui s'est opérée d'une façon si complète qu'il n'existe plus actuellement aucune déformation apparente du sternum. Notons aussi l'idée ingénieuse de sectionner obliquement les corps de l'os pour faciliter l'issue des liquides et d'immobiliser la partie conservée par une cuirasse de diachylon.

Des faits réunis par Heyfelder dans son *Traité des résections*, il résulterait que sur 14 excisions du sternum atteint de carie ou de suppuration, la mort n'est survenue qu'une fois comme conséquence de l'opération. Ainsi que le remarque Ollier, l'épaississement des tissus derrière le foyer pathologique préserve dans ces conditions de l'ouverture du médiastin antérieur, danger principal de l'opération. Mais les suites éloignées de l'intervention sont-elles aussi favorables.

Heyfelder semble le croire, et M. Yvert trouve dans le résultat presque parfait obtenu chez son malade une confirmation de ces pronostics favorables. L'éminent chirurgien de Lyon se montre plus réservé. Chez beaucoup de ses opérés, la guérison ne s'est

pas maintenue bien longtemps, et la tuberculose s'est reproduite sur place. D'autres ont succombé à des accidents pulmonaires après quelques mois ou quelques années.

Nous sommes heureux de féliciter notre collègue le Dr Yvert du beau succès que lui a donné une intervention aussi bien conçue que sagement conduite, et nous voulons espérer avec lui que son opéré continuera de jouir d'une santé florissante. Ayant résumé dans ce rapport les points les plus importants de l'intéressante observation de M. Yvert, je vous propose, messieurs : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de déposer son travail dans nos archives ; 3° de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant national.

Les conclusions du rapport de M. Chauvel sont mises aux voix et adoptées.

Communication et présentation de pièces.

De l'hystérectomie vaginale par section médiane de l'utérus dans les suppurations pelviennes,

Par M. Quénu.

Dans deux communications précédentes faites à la Société de chirurgie en juillet et en octobre 1891, j'ai recommandé le procédé d'hystérectomie qui consiste à fendre préalablement l'utérus sur la ligne médiane. Je reviens aujourd'hui sur ce sujet. Voici deux moitiés d'utérus que j'ai enlevées samedi dernier dans les conditions suivantes : il s'agissait d'une jeune femme de 29 ans que je trouvai il y a six jours en pleine péritonite suppurée avec le ventre ballonné, 39° de température et 140 pulsations du hoquet par intervalles et une prostration des forces telle que la malade était incapable même de prononcer quelques mots.

Ces accidents paraissaient avoir été la conséquence d'une fausse couche.

Cette femme, en effet, qui n'avait jamais eu d'enfant et qui souffrait du ventre depuis un an, n'eut pas ses règles à leur époque le 12 février; à la fin du mois les douleurs du ventre la forcèrent à s'aliter; le 1er mars elle commença à perdre un peu de sang, et ses petites pertes ont continué jusqu'à ces derniers jours sans qu'il y ait jamais eu de véritable hémorragie importante.

La malade fut transportée le 21 avril au soir à la Maison de santé et perdit, paraît-il, des débris de placenta en arrivant. Dans la nuit du 22 au 23 elle faillit « passer », suivant l'expression des religieuses qui la veillaient; j'hésitai beaucoup à intervenir le lende-

main 23 avril. Néanmoins, comme c'était la seule chance de salut, j'opérai, à vrai dire, *in extremis*. L'opération fut faite avec une perte de sang insignifiante, à peine 10 ou 15 grammes. 12 grammes de chloroforme suffirent à l'anesthésie. Durée 35 minutes.

J'ouvris d'abord le cul-de-sac vaginal postérieur; il ne s'écoula rien : rapidement je circonscrivis le col utérin et décollai la vessie en avant, puis je procédai à la section utérine, et dès que le fond fut atteint, plus d'un litre de pus et de sang putréfié s'écoulèrent mélangés à des caillots. Après un lavage au sublimé, la muqueuse du cul-de-sac postérieur fut suturée au péritoine et deux ligatures à la soie furent placées de chaque côté sur les ligaments larges.

Je commençai à faire boire du cognac une heure après l'opération; il n'y eut aucun vomissement. Le lendemain la température tomba à 36°,5 et le pouls à 114. La malade commença à s'alimenter; elle a rendu des gaz au bout de quarante-huit heures, a été à la garde-robe ; elle émet quotidiennement 7 à 800 grammes d'urine et la distension du ventre a notablement diminué. Nous sommes donc en droit d'avoir quelque espérance de guérir notre malade.

A coup sûr de pareils cas sont le triomphe de l'opération de Péan, aucune autre n'eût été valable : la simple incision du cul-de-sac postérieur, dont je voulais me contenter, n'eût pas suffi à amener l'écoulement des liquides. D'autre part aucun chirurgien n'aurait osé tenter une laparotomie devant un tel épuisement des forces.

Mais je n'entends pas aborder la question des indications opératoires, j'en ai justement fait l'objet de ma communication du mois d'octobre dernier. Je désire seulement revenir sur le procédé opératoire que j'ai suivi dans ce cas comme dans ceux que j'ai antérieurement publiés. Je soutiens que la section médiane de l'utérus est infiniment préférable au procédé de morcellement que nous a exposé Segond. On sait que ce dernier procédé consiste, après avoir dénudé le col, à sectionner ses commissures latérales puis à réséquer chaque lèvre; on remonte ainsi jusqu'au fond par une série de prises successives sur le tissu utérin, en plaçant au fur et à mesure des pinces à hémostase sur les ligaments larges.

La section médiane se pratique au contraire de la manière suivante :

On commence par ouvrir le cul-de-sac postérieur, puis on incise la muqueuse vaginale en avant et on décolle la vessie ; mais au lieu de placer ses pinces à traction, l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure, on les place sur les parties latérales et on coupe le col longitudinalement entre les deux : on s'est préalablement assuré de la direction de l'utérus afin de bien

garder son incision dans le plan médian. Or, au fur et à mesure qu'on incise l'utérus, et que chaque moitié s'écarte vers les parties latérales, on constate que le corps utérin s'abaisse plus facilement; on achève le décollement et l'ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur, si cela n'était déjà fait ; on rapproche de plus en plus ses pinces à traction (toujours latéralement placées) du fond de la matrice, et bientôt on voit ce fond plonger pour ainsi dire et venir de lui-même sous les ciseaux.

Pour ceux qui ont essayé de ce procédé opératoire, il est incontestable qu'il facilite extrêmement la descente de l'utérus.

Il est évident que, si l'utérus était par trop gros, on pourrait en exciser des portions; je l'ai fait et j'ai recommandé ici même de le faire, mais toujours en restant sur la ligne médiane, loin du double hile utérin.

Il est bien intéressant de constater que toute cette section médiane s'opère sans qu'on ait à s'occuper de l'hémostase; pas de ces pinces en étages qui encombrent le champ opératoire, il suffit qu'une pince de Richelot saisisse de chaque côté une moitié du fond utérin et lui fasse exécuter une légère torsion pour que rien ne saigne. Quant à l'hémostase définitive, elle devient des plus aisées, soit qu'on place des pinces à demeure, soit qu'on lie à la soie, comme j'aurais, de plus en plus, une tendance à le faire.

Je crois être le premier à avoir recommandé et pratiqué ce procédé d'hystérectomie par section médiane dans le traitement des suppurations pelviennes. J'ai insisté surtout sur les facilités qu'il donne au point de vue de la descente de l'utérus. En 1882, Müller (*Centralblatt f. Gynäk.*, n° 8) avait préconisé la section médiane dans l'hystérectomie pour tumeurs malignes, et cela non avec la préoccupation d'abaisser la matrice, mais avec la préoccupation unique de lier plus aisément les ligaments larges : aussi conseille-t-il de sectionner à la fin de l'opération quand l'utérus est déjà renversé ou au moins attiré en bas. J'ajoute en terminant que ce procédé opératoire n'avait pas été appliqué par l'auteur, au moment où il publiait son article du *Centralblatt* de 1882. J'ai l'intention de compléter ultérieurement les recherches historiques.

Discussion.

M. Segond. La communication de M. Quénu me suggère quelques réflexions au point de vue de la technique opératoire de l'hystérectomie vaginale par morcellement. Dans cette opération que j'ai aujourd'hui pratiquée 109 fois pour affections des annexes et suppurations pelviennes, il m'a paru que les cas pouvaient se ranger en trois catégories : 1° les utérus facilement abaissables ;

dans ce cas tous les procédés sont bons; 2° les utérus qui ont l'air d'être enclavés et solidement maintenus et qui cependant cèdent facilement aux sections ; sur 50 cas, 45 environ sont dans ces conditions ; enfin 3° les utérus qui ne descendent pas du tout. Dans les utérus de la seconde catégorie, il est remarquable de voir comme la section médiane recommandée par Quénu permet la descente de l'organe. Mais on peut se trouver en présence de cette difficulté de rencontrer un utérus à corps volumineux au fond d'un vagin étroit, et la section médiane sera difficile à réaliser. Il y a encore un moyen plus simple d'amener l'utérus; il consiste à évider le centre du tissu utérin et à en réséquer successivement des cônes ; l'utérus se réduit de telle façon qu'il devient une poche mince et flasque qu'on enlève avec la plus grande facilité.

Pour les utérus qui ne veulent pas descendre, chez la femme très grasse, à périnée épais, où les doigts ne peuvent pénétrer jusqu'au fond du vagin, il n'y a que le morcellement combiné à l'évidement qui puisse permettre de terminer l'opération. Dans ce procédé on n'a pas plus de sang que par la section médiane de M. Quénu ; le sang ne vient guère qu'au moment de la section vaginale, et c'est même un fait frappant que de voir cette absence d'hémorragie.

M. Routier. J'ai opéré plusieurs malades par le procédé de M. Quénu et j'ai été frappé de la facilité opératoire donnée par cette manière de faire, même dans le cas où l'utérus paraît impossible à abaisser. La section médiane me semble aussi réaliser plus facilement l'hémostase préventive; il est très facile de placer sur les ligaments larges soit des fils, soit des clamps; je préfère les clamps parce que les fils ont grande chance d'être infectés et doivent être éliminés plus tard.

M. Quénu. J'admets, comme M. Segond, qu'il y a peu d'utérus qui ne peuvent être abaissés; mais dans les cas d'abaissement difficile, mon procédé permet aussi d'amener l'organe. Dans une opération faite par M. Terrier, il n'y aurait pas eu moyen de terminer si, sur mon conseil, on n'avait pas fait la section médiane. Cette section me paraît plus pratique et peut aussi servir au morcellement ; elle réalise une plus grande économie de sang que le procédé de MM. Péan et Segond ; par mon procédé on ne s'approche pas de la base des ligaments larges et on fait descendre l'utérus, tout en ne sectionnant que sur la ligne médiane.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

G. Bouilly.

Séance du 4 mai 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Bazy, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° *Pérityphlite sans perforation*, par M. Brucy (M. Richelot, rapporteur) ;

4° *Ostéo-sarcome du fémur ; désarticulation coxo-fémorale*, par M. Fontorbe (M. Chauvel, rapporteur).

M. le Président annonce que, dans la prochaine séance, sera nommée la commission chargée d'examiner les titres des candi dats à la place de membre titulaire.

A propos du procès-verbal.

Discussion à propos de l'urétrorraphie.

M. Quénu. La communication de M. Jouon m'engage à vous dire l'observation d'une opération analogue à la sienne que j'ai pratiquée à l'hôpital Cochin au commencement de l'année 1891.

Mon malade, âgé d'une trentaine d'années, couvreur de sa profession, se trouvait en 1884 en Algérie, où il servait dans la cavalerie. Dans une course à cheval, il se heurta le pénis contre le pommeau de sa selle et se fit une rupture de l'urètre. Il fut transporté à l'hôpital d'Alger, où on le soigna pendant six mois par la dilatation. Il eut aussi une sonde à demeure pendant un mois.

Dix-huit mois après son départ d'Alger, D..., qui avait continué de se passer des sondes, avait dû descendre du n° 22 au n° 14.

Il entra en 1886 dans le service de M. Th. Anger, à Cochin. On lui fit l'urétrotomie interne, puis la dilatation avec des Béniqués. On passait le n° 44 à sa sortie de l'hôpital, deux mois après l'opération.

Quatre mois après, nouvelle dysurie ; deuxième urétrotomie interne.

En 1888, dilatation avec des Béniqués pendant plusieurs semaines.

En 1889, troisième urétrotomie interne. On arrive ensuite au n° 43 Béniqué.

En 1890, quatrième urétrotomie interne. La dilatation consécutive est poussée jusqu'au n° 40.

Enfin, vers la fin de 1890, une cinquième urétrotomie interne est pratiquée par M. Tuffier, suppléant M. Anger. On passe au n° 39.

En 1891, le malade est soigné par la dilatation à l'hôpital militaire. Il entre au mois de septembre dans mon service. Nous trouvons, à la fin de la portion pénienne de l'urètre, à l'union des bourses et du pénis, à 6 ou 7 centimètres du méat, une virole dure, appréciable à travers les téguments, longue de 1 centimètre environ. Une bougie n° 3 peut seule franchir le rétrécissement. La vessie et probablement les reins sont dans un mauvais état ; les urines sont ammoniacales et renferment du pus, d. 1018; traces d'albumine, 10 grammes d'urée par litre.

Pendant près de deux mois, nous avons essayé de modifier l'état des urines en faisant prendre au malade du borax, puis du benzoate de soude, puis du salol à la dose de 3, 4 et 5 grammes. Une série d'analyses furent faites, et toujours les urines demeurèrent alcalines et fermentées.

Nous aurions bien voulu ne procéder à une intervention chirurgicale qu'avec des urines rendues aseptiques. Dans l'impossibilité d'y parvenir, nous nous décidons à procéder néanmoins à l'excision du rétrécissement le 7 novembre. Incision de la peau à 5 centimètres du méat. Incision du corps spongieux ; le rétrécissement est mis à nu ; il est dur, crie sous le scalpel ; on l'incise, puis on fait la résection de la virole ; l'urètre est ainsi reséqué dans l'étendue de 1 centimètre et demi.

Pour rendre les deux bouts écartés mobilisables, nous disséquons l'urètre et sa gaine spongieuse. Le contact établi, la muqueuse est suturée dans la demi-circonférence supérieure par trois fils qui ne la traversent pas entièrement. Une sonde est introduite dans le canal avant la suture de la demi circonférence postérieure ou inférieure par-dessus la muqueuse. Nous suturons le corps

spongieux, puis la peau. Une sonde à demeure est introduite dans le canal.

Bromure de potassium à l'intérieur.

Le troisième jour après l'opération, l'urine inocula les fils de la demi-circonférence inférieure, c'est-à-dire vers la peau, et la réunion échoua partiellement. Il en résulta une petite fistule qui fut traitée par la cautérisation au stylet rougi. Cette fistule se ferma dans la suite, et dès le mois de mai, malheureusement, il s'était reproduit du tissu de cicatrice, et le n° 30 Béniqué pouvait seul être introduit.

Nous n'avons, en somme, obtenu qu'un demi-succès. L'état général s'est amélioré dans d'énormes proportions; les urines ont cessé d'être alcalines, et peut-être pouvons-nous espérer que la rétraction se limitera à la seule paroi dont les fils ont suppuré.

Nous voulons, en présentant cette observation, en tirer un enseignement. Certes, l'opération que nous avons pratiquée était la seule rationnelle et notre dernière ressource. Nous savions d'avance que nous avions contre nous l'état purulent des urines. Nous avons dû, dans l'impuissance d'y rien changer, passer outre. En présence d'un cas analogue, c'est-à-dire dans le cas où nous n'aurions pu préalablement antiseptiser les voies urinaires, nous essayerions aujourd'hui de mettre nos sutures à l'abri de l'inoculation par les urines en détournant le cours de celles-ci et en créant momentanément une fistule périnéale.

M. Berger. Je ne puis laisser passer, sans protester, les conclusions du mémoire de M. Jouon. M. Jouon nous propose comme traitement général du rétrécissement de l'urètre la résection du rétrécissement et l'urétrorraphie, et repousse la dilatation et surtout l'urétrotomie interne. Je ne puis admettre ces propositions. Il faudrait un grand nombre de cas probants pour faire substituer à ces méthodes de traitement l'urétrorraphie, qui est beaucoup plus difficile et plus incertaine.

M. Després. Il y a longtemps que Bourguet (d'Aix) a pratiqué et recommandé l'urétrotomie externe sans suture de l'urètre; la cicatrisation s'obtient sans réunion et avec une simple sonde à demeure. Chez un de mes malades, j'ai fait ainsi l'urétrotomie externe sans conducteur; j'ai excisé le rétrécissement et j'ai mis une sonde à demeure. Ce malade a guéri après quelques mois, et son canal fonctionnait assez bien pour qu'un an plus tard il pût être père.

Communication.

Statistique des opérations et affections chirurgicales du service de M. A. Després, à l'hôpital de la Charité.

Par M. Després.

J'ai traité, pendant l'année 1891, 619 malades, 391 hommes et 228 femmes, sur lesquels il y a 28 décès, ainsi répartis : pour 391 hommes, 22 décès, soit 1 mort sur 17,6; pour 228 femmes, 7 décès, soit 1 mort sur 32. Il y a loin, on le voit, de la statistique moyenne des hôpitaux (service des femmes), 1 mort sur 12 (*Compte moral de l'Assistance publique de* 1889, le dernier publié).

Commençons par les morts, les plus négligés généralement dans les statistiques :

Pour les hommes : 1 phlegmon diffus du bras, incisions multiples, mort dans les vingt-quatre heures ; 1 abcès froid de la région lombaire et tubercules de la colonne vertébrale ; 1 tumeurs blanches multiples et tuberculose ; 2 infiltrations d'urine avec gangrène et pénitis datant de quatre et six jours ; 1 ulcère de la jambe et alcoolisme aigu ; 1 ramollissement cérébral aigu, malade entré pour incontinence d'urine ; 1 varice de la veine saphène, embolie pulmonaire, mort à la consultation ; 1 contusion cérébrale, mort en quelques heures ; 1 contusion de l'abdomen et rupture des intestins, mort dans les vingt-quatre heures ; 3 épithélioma de la langue échoués dans mon service, et à qui j'ai donné asile pour mourir ; 1 tubercules pulmonaires dans les mêmes conditions ; 1 fracture du grand trochanter avec asthme aigu ; 1 fracture de la colonne vertébrale, région dorsale ; 1 fracture double du pubis avec déchirure de la vessie ; 1 fracture de jambe compliquée de plaie et contusion de l'abdomen et du rein, mort par péritonite et urémie.

Pour les femmes : 1 rétrécissement du rectum et tubercules pulmonaires ; 1 brûlure au 4e degré de la poitrine et des bras ; 3 épithélioma de l'utérus, inopérables, à qui je n'avais pas refusé l'entrée à l'hôpital ; 1 cancer en cuirasse de la poitrine.

Enfin j'ai eu 4 décès sur des opérés hommes, et 1 décès sur une opérée femme, que l'on trouvera plus loin.

Voici maintenant les opérations pratiquées et les résultats :

1 plaie de la radiale au poignet, 2 ligatures; 1 guérison.
1 anévrysme de l'artère cubitale à la main, 2 ligatures par la méthode ancienne ; 1 guérison.

2 amputations de cuisse à la partie moyenne ; 2 guérisons.
3 hernies étranglées : une grosse hernie inguinale étranglée par torsion depuis quatre jours (kélotomie), une hernie crurale étranglée depuis cinq jours, une épiplocèle enflammée, péritonite du sac; 3 morts. (J'opère les malades même lorsqu'ils sont atteints de péritonite.)
2 orteils à marteau symétriques, amputation des deux orteils, pleurésie purulente; mort six semaines après l'opération.
3 épithéliomas de la face, de la bouche et de la cuisse; 3 guérisons.
3 gros fibro-lipomes de la nuque ; 3 guérisons.
1 énorme fibro-lipome du dos récidivé, du poids de 4 livres; 1 guérison.
1 chondrome de la parotide ; 1 guérison.
2 gros kystes sébacés et dermoïde ; 2 guérisons.
8 hydrocèles, ponction et injections iodées ; 8 guérisons.
1 hydro-hématocèle ; 1 guérison.
1 gros kyste spermatique, ponction et injection ; 1 guérison.
3 ectropions, ptérygion et cataracte ; 3 guérisons.
7 fistules à l'anus ; 7 guérisons.
1 exostose sous-unguéale ; 1 guérison.
7 hémorrhoïdes enlevées avec l'écraseur ; 7 guérisons.
1 lipome de la cuisse ; 1 guérison.

Voici les opérations sur les organes spéciaux de la femme :

11 amputations du sein avec ou sans curage de l'aisselle ; 11 guérisons.
3 polypes de l'utérus extirpés ; 3 guérisons.
1 ablation du col avec polype ; 1 guérison.
(A ces opérées il faut joindre les malades que l'on opère aujourd'hui et que j'ai guéries sans opération).
3 salpingites chroniques ; 3 guérisons.
1 salpingite suppurée ; 1 guérison.
1 abcès du ligament large ouvert dans l'utérus ; 1 guérison.

Voici les petites opérations pratiquées sur l'utérus :

3 métrites internes avec fongosités utérines, curage avec la curette de Récamier ; 3 guérisons.
2 fongosités utérines, curage avec la curette de Récamier et cautérisation intra-utérine avec un pinceau fin imbibé de solution saturée de chlorure de zinc ; 2 guérisons.
1 extraction d'aiguille pénétrant dans l'abdomen.
10 ouvertures d'abcès du sein avec ou sans drainage ; 10 guérisons.
1 abcès des deux seins ; 1 guérison.

Joignons à ces opérations les petites opérations pratiquées soit dans les salles, soit à la consultation de l'hôpital (malades revus).

87 abcès angioleucitiques ou durillons forcés, incision; 87 guérisons.
106 panaris ouverts ; 106 guérisons.
19 adénites suppurées incisées ; 19 guérisons.
2 hygromas incisés; 2 guérisons.
2 ablations d'amygdales; 2 guérisons.
3 fissures à l'anus, chloroforme, dilatation ; 3 guérisons.
2 cancroïdes détruits par la pâte arsenicale du frère Côme; 2 guérisons.
10 abcès froids ganglionnaires incisés ; 10 guérisons.
6 corps étrangers dans les tissus, main, bras et jambe ; 6 guérisons.
22 abcès dentaires ; 22 guérisons.
5 kystes sébacés enflammés et suppurés; 5 guérisons.
5 polypes des fosses nasales et des arrière-narines, corps adénoïdes; 5 guérisons.
7 kyste salivaire de la lèvre, petit lipome de la face, kystes dentaires épulis, verrue de la main, cancroïde du sourcil enlevés à la consultation, malades revus; 7 guérisons.
2 corps étrangers de la cornée : 2 guérisons.
1 trépanation de l'apophyse mastoïde; 1 guérison.
4 luxations de l'épaule; 4 guérisons.

Les plaies graves que j'ai eu à traiter sont :

2 fractures compliquées de plaie, une avec contusions viscérales ; 1 mort (celui qui est cité plus haut).
1 fracture des deux jambes, toutes deux compliquées de plaie ; 1 guérison (celui-ci est un malade qui avait eu les deux jambes fracturées comminutivement par le passage d'un omnibus à 3 chevaux sur les jambes : il est très bien guéri et marche sans béquilles).
1 plaie contuse du crâne avec fracture du rocher, 1 plaie par arme à feu du bras gauche et 1 plaie de l'index par balle ayant traversé le tendon et la phalange ; 2 guérisons.
2 plaies contuses du genou et de la cuisse avec gangrène ; 2 guérisons.
2 plaies de la bourse séreuse prérotulienne ; 2 guérisons.
1 plaie par arrachement du scrotum ; 1 guérison.

J'ai observé 5 érysipèles : 1 sur une amputée du sein, 1 sur une brûlure de la jambe, 1 sur un eczéma du cuir chevelu, 1 sur

une plaie contuse du cuir chevelu reçue avec son érysipèle, 1 sur un opéré d'épithélioma de la bouche ; 5 guérisons.

Je me suis servi dans tous les cas des vieilles méthodes de pansement; pansement par occlusion avec des bandelettes de diachylum, cataplasmes, pansement à plat avec l'eau et l'alcool camphré, le linge troué enduit de cérat. Je ne m'occupe ni des microbes ni de l'antisepsie, et j'ai eu, en résumé, 5 décès sur 93 opérations graves, plaies ou inflammations graves, compris 3 hernies étranglées opérées en pleine péritonite, et 0 décès sur 283 petites opérations ou incisions. Si je réunissais les grandes et les petites opérations comme on le fait quelquefois, j'arriverais à obtenir une mortalité de 1 malade pour 75 opérés, ou une mortalité de 1,3 0/0, mais cela ne serait pas absolument juste.

Je n'ai point fait de grandes opérations d'ovariotomie, cela tient à ce que nos collègues plus jeunes s'en sont fait une spécialité et que l'on vient à eux avant que l'on ne vienne à nous, et nous n'avons guère que les cas dont ils ne croient pas devoir s'occuper, et qui sont inopérables. Quant aux autres laparotomies, si je guéris sans opération celles que vous opérez, l'absence de ces opérations dans mon service est donc à mon avantage.

Communication.

Sur l'opération de la cure radicale des hernies crurales,

Par M. Berger.

On a bien moins souvent l'occasion de pratiquer l'opération de la cure radicale pour des hernies crurales que pour des hernies inguinales. La cause en est surtout dans l'incurie des malades; les hernies crurales s'observant surtout chez les femmes qui ignorent fort souvent l'infirmité dont elles sont atteintes et ne consentent à s'en occuper qu'avec beaucoup de répugnance. La hernie crurale atteint d'ailleurs rarement un très gros volume; elle n'est presque jamais douloureuse ni gênante, et ces conditions font qu'elle peut passer longtemps inaperçue et que les malades qui en sont atteints se refusent à la considérer comme une affection de quelque importance. Bien plus que la hernie inguinale néanmoins, la hernie crurale mérite que l'on cherche à la guérir ; en effet :

1° Elle n'est le plus souvent que très imparfaitement contenue par les bandages. Malgaigne et Gosselin ont indiqué les causes qui rendent sa contention difficile et parfois impossible ; la courbure qu'il faut donner au ressort enlève à la pression une partie de son

efficacité; d'ailleurs, la situation de la pelote qui repose sur la partie supérieure du triangle de Scarpa, l'expose à des déplacements fréquents dans les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin, déplacements auxquels ne remédie pas suffisamment l'application d'un sous-cuisse circulaire entourant la racine du membre. La hernie est donc exposée à s'échapper fréquemment sous le bandage, et surtout dans les mouvements de flexion du membre inférieur, même lorsque le bandage est convenablement choisi et appliqué.

2° La hernie crurale devient souvent irréductible en partie ; l'épiploon qui y descend, contracte avec le sac et principalement avec son collet des adhérences étendues, les adhérences qui peuvent favoriser la guérison spontanée de la hernie en déterminant l'oblitération de la communication du sac avec le péritoine, n'empêchent le plus souvent pas l'épiploon de descendre en plus grande quantité dans la hernie ni l'intestin de se joindre à lui et de venir s'étrangler au moment où l'on s'y attend le moins ; l'épiploon irréductible est d'ailleurs un obstacle à l'application exacte du bandage et exige quelquefois qu'on ait recours à l'adaptation d'une pelote concave dont l'efficacité est à peu près nulle et l'action tout à fait illusoire.

3° Mal contenue, souvent méconnue par ceux qui la portent, la hernie crurale s'étrangle infiniment plus souvent que la hernie inguinale ; c'est ce qui ressort des statistiques, qui nous montrent que dans les hôpitaux de Paris on opère presque autant de hernies crurales étranglées que de hernies inguinales, tandis que la hernie crurale est à la hernie inguinale dans la proportion de 1 à 10, en comptant dans cette estimation les hommes et les femmes. — L'étranglement des hernies crurales peut être d'ailleurs considéré comme plus dangereux que celui des hernies inguinales, parce qu'il est en général très serré et parce qu'étant peu douloureux, les malades attendent plus longtemps avant de lui faire donner les soins qu'il réclame.

4° Enfin la hernie crurale ne guérit jamais spontanément ni par le port des bandages, même chez les jeunes sujets, chez lesquels elle est si rare. Les conditions qui favorisent la cure spontanée de la hernie inguinale congénitale, la tendance à l'oblitération du canal de communication du sac avec le péritoine n'existent pas ici comme dans les hernies inguinales ; le trajet herniaire lui-même, très direct, ne peut revenir sur lui-même lorsque la hernie cesse de le dilater par son passage ; la contention imparfaite de la hernie supprime d'ailleurs la condition essentielle qui permet d'espérer la cure par les bandages.

La hernie crurale est donc une hernie qui ne guérit pas spontanément ni par les bandages, qui, presque toujours mal contenue,

devient souvent irréductible en partie et expose à chaque instant celui qui la porte aux chances d'un étranglement grave. Bien plus que la hernie inguinale elle fournit donc des indications positives à l'opération de la cure radicale. Conformément aux principes généraux qui règlent les cas où celle-ci doit être pratiquée, j'estime que la cure radicale doit être proposée et exécutée pour toutes les hernies crurales appartenant à une des catégories que je vais désigner :

1° Chez les enfants et chez tous les jeunes sujets atteints de hernie crurale, il y a lieu de recourir d'emblée à l'opération, puisqu'on ne peut espérer obtenir la guérison par un autre moyen ;

2° Chez les adultes bien portants, quel que soit leur sexe, lorsque la hernie s'échappe de temps à autre sous le bandage, ou lorsqu'elle ressort dès qu'on enlève ou qu'on déplace celui-ci;

3° Chez tous les sujets qui sont atteints d'une hernie crurale irréductible en totalité ou en partie ;

4° Enfin, dans tous les cas où une hernie crurale a donné lieu à des accidents passagers ou plus ou moins persistants d'irréductibilité, de péritonite herniaire ou d'étranglement.

L'opération de la hernie crurale présente quelques difficultés d'exécution qui lui sont propres : d'une exécution bien moins délicate et bien moins compliquée que l'opération des hernies inguinales, elle rencontre des conditions peu favorables au but qu'on se propose d'obtenir dans la profondeur, la brièveté, la disposition directe de l'orifice herniaire, ainsi que dans la rapidité de son contour fibreux. L'occlusion complète du trajet herniaire par une bonne suture est un des points les plus essentiels à réaliser pour le succès définitif de la cure ; les hernies à trajet oblique, comme la hernie inguinale, s'y prêtent bien mieux que celles qui, comme la hernie crurale, sont presque absolument dépourvues de trajet, celui-ci le réduisant à un simple orifice. C'est à obtenir cette occlusion parfaite de l'orifice herniaire, que je me suis surtout appliqué en réglant ainsi que je vais le dire, les principaux temps de l'opération.

Manuel opératoire. — 1er *temps :* l'incision de la peau, la découverte du sac herniaire ne présentent rien de particulier à noter. Je fais en général une incision parallèle au pli de l'aine, car dans l'opération, les quelques difficultés qu'on peut rencontrer s'observent soit en dedans, au niveau du ligament de Gimbernat, soit en dehors, où la veine fémorale est en connexion avec le pédiculo de la hernie : il m'a donc paru préférable de se donner un accès facile vers ces points par une incision transversale.

Le sac, très souvent recouvert par un lipome herniaire, est découvert sans aucune difficulté.

2e *temps : incision du sac, exploration et traitement de son contenu.* — Le sac étant ouvert, on constate s'il renferme de l'épiploon adhérent : quand ces adhérences sont peu étendues, on les sectionne ou on les rompt, on attire le plus possible au dehors l'épiploon contenu dans le ventre, on pédiculise au moyen de 2, 3 ou 4 ligatures disposées en chaîne, et on réduit le pédicule lié de la sorte après avoir excisé la partie exubérante. Comme l'anneau crural est fort étroit, il est bon de séparer l'épiploon en 2 ou 3 parties distinctes en se servant des endroits où ses mailles sont transparentes et ne renferment pas de vaisseaux, et de faire sur chacune de ces parties une double ligature entre-croisée, constituant ainsi plusieurs pédicules distincts que l'on réduit isolément ; c'est la pratique qu'a recommandée M. Lucas Championnière et que j'ai adoptée.

Mais quand l'épiploon est adhérent à la totalité ou à la presque totalité de la face interne du sac, et que ces adhérences se prolongent jusqu'au collet, parfois jusqu'à la face profonde de celui-ci, l'isolement et l'excision de l'épiploon deviennent chose plus difficile. Il faut absolument attirer l'épiploon contenu dans le ventre, le pédiculiser, l'assurer par la ligature et en pratiquer la section en un point où il soit libre d'adhérence ; pour y arriver il ne faut pas craindre d'inciser le sac largement, en remontant vers le collet, d'inciser le collet lui-même, d'ouvrir de la sorte la cavité péritonéale même, de manière à atteindre l'épiploon au-dessus des adhérences qu'il a contractées avec le sac. La pratique qui consiste à lier en masse l'épiploon avec le collet du sac doit être condamnée. Non seulement elle détermine la formation d'une adhérence définitive de l'épiploon à la paroi qui, par les tiraillements qu'elle détermine, peut être l'origine de douleurs abdominales et de troubles digestifs, voire même d'étranglements internes; mais elle prédispose à la récidive de la hernie dont une des causes les plus ordinaires est justement l'adhérence de l'épiploon au niveau de l'orifice herniaire.

3e *temps : isolement, ligature, excision du sac, fixation de son moignon.* — L'isolement du sac, dans la hernie crurale, ne présente pas les mêmes difficultés que dans la hernie inguinale ; ici, pas d'organes à ménager qui soient en contact immédiat avec la séreuse herniaire ; aussi la dissocation du sac séreux et du sac fibreux, si nécessaire dans l'opération de la hernie inguinale, particulièrement de la hernie inguinale congénitale, n'est-elle pas nécessaire. Mais au moment où l'on arrive à l'anneau, on est souvent arrêté par l'intime adhérence de celui-ci au collet du sac : cette adhérence s'observe, à ce qu'il m'a paru, surtout en dehors,

au voisinage de la gaine vasculaire. Pour en venir à bout, il faut souvent une certaine insistance; il est néanmoins nécessaire d'isoler circulairement le collet du sac de la manière la plus complète, afin de pouvoir attirer au dehors les parties adjacentes du péritoine, établir le pédicule du sac et faire porter sa ligature par celle-ci, bien au-dessus du collet, ainsi que M. Lucas Championnière en a si bien fait ressortir l'importance.

Je pratique la pédiculisation et la ligature du sac avec une double ligature entre-croisée faite avec de la soie phéniquée ; mais ici se place une manœuvre que n'emploie presque aucun de mes collègues et à laquelle j'attribue une certaine importance.

Pour faire disparaître complètement l'infundibulum péritonéal qui, au niveau de l'orifice herniaire, tendrait à constituer une amorce pour la production d'une nouvelle hernie, je fixe le moignon du sac dans le ventre, très haut, au-dessus de l'anneau crural, par un procédé que j'ai emprunté à Arthur E. Barker, que j'ai mis en pratique, d'après sa description, dans la cure des hernies inguinales et que j'ai adapté à l'opération des hernies crurales ; voici en quoi il consiste :

Les deux chefs de la ligature qui étreint le moignon du sac pendant hors de la plaie, l'un de ces chefs est chargé sur une aiguille courte, conduit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'arcade crurale ; on dirige alors la pointe de l'aiguille en avant et on lui fait traverser les plans fibreux et musculaires de la paroi d'arrière en avant de manière à amener le fil qu'elle porte en avant de l'aponévose du grand oblique, où on le dégage ; puis on retire l'aiguille.

Le second chef de la ligature est pris de la même façon, porté dans le tissu cellulaire sous-péritonéal à la même hauteur en dedans ou en dehors du premier ; on lui fait traverser la paroi d'arrière en avant à 1 centimètre environ du premier, et à son tour on le dégage en avant du grand oblique. Une traction douce exercée sur ces deux chefs attire le moignon du sac dans le tissu cellulaire sous-péritonéal bien au-dessous de l'arcade de Fallope et par conséquent de l'orifice crural ; on le fixe à ce niveau en assurant les extrémités du fil par une ligature en avant de l'aponévrose d'insertion du grand oblique : les deux chefs sont ensuite coupés au ras du nœud, qui reste perdu dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Cette manœuvre, qui n'exige guère plus d'une minute, en tendant le péritoine fortement au niveau de l'orifice herniaire, doit faire disparaître à ce niveau toute trace de dépression infundibuliforme, diminue la tendance que la séreuse aurait à se laisser entraîner dans le trajet herniaire ; enfin le moignon du sac constitue

au-dessus de ce dernier une sorte de bourrelet qui peut jusqu'à un certain point empêcher les viscères de s'y introduire.

4e *temps : occlusion du trajet herniaire.* — Aucun auteur, à ma connaissance, n'a suffisamment formulé le procédé capable d'amener l'occlusion définitive de l'anneau crural. John Wood seul paraît s'être préoccupé de réaliser cet acte important en lui adaptant sa méthode sous-cutanée dont je ferai voir tout à l'heure le danger réel. Au premier abord j'aurais cru difficile ou même impossible d'obtenir ce résultat en raison de la tension de l'arcade de Fallope; une expérience répétée m'a montré que rien n'était plus facile : voici comment je procède pour y arriver :

J'établis trois ou quatre ligatures superposées et concentriques qui réunissent l'aponévrose du pectiné à l'arcade de Fallope et à l'aponévrose d'insertion du grand oblique. Le point le plus profond est celui qui embrasse le moins d'étendue; je le place sur 'aponévrose du pectiné, au ras de son insertion à la crête pectinéale, et sur la partie la plus inférieure de Fallope de la façon suivante : avec une aiguille mousse une anse de soie est passée sous l'aponévrose du pectiné de manière que ses deux extrémités ressortent dans l'anneau crural, l'externe en dedans de la veine fémorale, l'interne tout près du ligament de Gimbernat : le premier de ces chefs est repris par une aiguille avec laquelle on ponctionne l'arcade crurale vers la limite externe de l'anneau crural; on glisse la pointe de l'aiguille ensuite, en rasant la face supérieure de l'arcade crurale de dehors en dedans jusqu'à ce que l'on ait atteint la limite interne de l'anneau crural ; on fait alors ressortir le fil en perforant de nouveau à ce niveau l'arcade crurale ; on obtient ainsi une boucle qui étreint d'une part la partie la plus supérieure de l'aponévrose du pectiné, de l'autre le bord inférieur de l'arcade crurale dans toute la largeur de l'anneau crural ; en en fixant les deux chefs par un nœud qui n'a pas besoin d'être très serré, on rapproche ces parties et on ferme l'anneau crural. Deux ou trois autres points de suture sont placés en avant du précédent réunissant les parties de l'aponévrose du pectiné situées plus bas avec des portions de l'arcade et de l'aponévrose du grand oblique situées plus haut. Ces points superposés au premier le consolident et établissent les adhésions sur une plus large surface. Ils assurent l'occlusion du canal crural dans toute son étendue. Quand ils sont serrés, on peut s'assurer que rien ne peut plus passer sous l'arcade de Fallope en dedans des vaisseaux.

J'ai toujours été surpris du peu de force qu'il faut pour amener et maintenir l'arcade de Fallope au contact du pubis par ce moyen;

aussi j'ai tout lieu de croire que les adhésions obtenues de la sorte peuvent se transformer en une oblitération définitive de l'anneau crural.

Pour éviter des accidents, deux précautions essentielles sont à prendre au moment où l'on passe les points de suture :

1° En traversant l'aponévrose du pectiné, surtout, mais même en conduisant l'aiguille à travers l'arcade de Fallope, il faut toujours procéder de dehors en dedans : en introduisant l'aiguille de dedans en dehors, elle se laisse conduire tout naturellement sous la veine fémorale que l'on peut blesser en en dégageant la pointe. C'est ce qui m'est arrivé dans une de mes opérations ; je vis l'extrémité de l'aiguille, conduite sous l'aponévrose du pectiné, soulever la veine fémurale que je croyais suffisamment protégée par mon doigt ; je retirai aussitôt l'aiguille, mais déjà j'avais blessé la veine ainsi que me le démontra un gros jet de sang veineux qui se fit aussitôt par cette perforation ; je fis une ligature latérale sur la veine, l'incident n'eut aucune espèce de suites, la réunion s'étant faite par première intention, et la malade guérit dans les délais ordinaires. Il n'en est pas moins indiqué, pour éviter cet accident qui pourrait avoir des conséquences plus fâcheuses, qu'il faut conduire les fils de dehors en dedans et non de dedans en dehors.

2° En passant les fils au travers de l'arcade de Fallope chez l'homme, il faut faire attention de ne pas blesser les éléments du cordon et de ne pas les comprendre dans l'anse que l'on constitue ; pour cela il suffit de ponctionner avec précaution l'arcade, et, quand la pointe de l'aiguille l'a traversée, de la glisser exactement sur sa face supérieure en s'assurant avec le doigt que rien ne vient s'interposer entre l'instrument et les tissus blancs. Chez la femme ces précautions n'ont pas de raison d'être.

5e *temps : suture des parties molles.* — Je finis par une suture perdue réunissant l'aponévrose fémorale, le fascia cribriformis et le tissu cellulaire profond, puis je ferme comme à l'ordinaire la plaie par une suture complète au crin de Florence que je ne retire que vers le douzième jour en changeant le premier pansement. Il importe pendant les premiers temps de maintenir la cuisse fléchie sur le bassin au moyen d'un coussin placé sous le genou, pour faciliter le rapprochement des aponévroses.

Tel est le procédé auquel j'ai recours depuis trois ans environ ; depuis cette époque je n'ai soumis à la cure radicale qu'une douzaine de hernies crurales non étranglées ; aucune d'elles ne m'a donné d'accidents sauf celui que je viens de raconter (blessure de la veine fémorale). Je ne me souviens pas d'avoir eu de suppuration ni d'élimination de fils, tandis que j'en ai eu plusieurs

cas pour des hernies inguinales. Je n'ai pas encore constaté de récidive, mais je n'ai revu qu'un petit nombre de mes opérés. — L'un d'eux, un jeune garçon opéré il y a deux ans et trois mois est aujourd'hui parfaitement guéri; deux jeunes femmes se sont présentées à moi plus de six mois après la guérison et n'avaient pas trace de récidive.

L'opération conduite de la sorte me paraît réunir toutes les garanties de sécurité, toutes les conditions d'efficacité désirables. Il n'en est pas de même des autres procédés qui ont été préconisés dans les derniers temps pour obtenir la cure des hernies crurales.

Adoptant les idées de Lawson Tait, Widenham Maunsell a récemment proposé de pratiquer la suture sous-cutanée de l'anneau crural en s'aidant d'une laparotomie; il pratique l'ouverture du péritoine au-dessus de l'arcade de Fallope pour introduire le doigt jusqu'à la face interne de l'orifice herniaire afin de guider l'aiguille. Celle-ci, chargée d'un fil métallique est introduite par une piqûre de la peau au travers de l'aponévrose du pectiné, puis au travers du ligament de Gimbernat jusque dans le ventre; on dégage alors l'extrémité du fil; l'aiguille est retirée alors et réintroduite par la même piqûre de la peau, mais cette fois dépourvue de fil et au travers de la paroi externe de l'anneau crural, aponévrose du pectiné et arcade de Fallope : quand elle est parvenue dans le ventre, guidée par le doigt, on y engage l'extrémité du fil métallique qui traverse la paroi interne du canal crural et on le retire au dehors; tordant alors les deux chefs, les coupant au ras et les laissant se rétracter sous la peau, on a une anse métallique qui étreint l'anneau crural à peu près comme le font nos points de suture; mais quelle étrange erreur que de pratiquer la laparotomie comme temps accessoire d'une opération où l'on se refuse à avoir recours à l'incision externe qui seule, pourtant, peut permettre de voir ce que l'on fait et la disposition exacte que l'on donne à la suture! J'aurais trop à dire si je voulais critiquer par le détail un procédé dont le moindre danger n'est pas d'exposer à la blessure de la veine fémorale dans les manœuvres aveugles dont il se compose.

Plus étrange encore est la façon de procéder de Giuseppe Ruggi :

Cet auteur, après avoir isolé le sac de la hernie crurale, fend le trajet inguinal, l'y introduit par sa paroi postérieure, et traite comme une hernie inguinale la hernie crurale transformée de la sorte en une hernie inguinale.

La complication de ces procédés me semble une objection suffisante à leur opposer. Si je les ai mentionnés, c'est pour montrer que par des moyens beaucoup plus simples, applicables à tous les cas, aux hernies réductibles comme aux hernies irréductibles et à

celles qui sont étranglées, on peut obtenir la cure radicale des hernies crurales et l'oblitération définitive du trajet qui leur donne passage.

Discussion.

M. Richelot. Je crois, comme M. Berger, qu'il faut apporter un grand soin à la cure de la hernie crurale, et je pense qu'il y a lieu de faire de la même manière que lui les premiers temps de l'opération. J'ajouterai un détail : quand on dissèque le sac crural jusque dans l'abdomen, on voit quelquefois arriver sur ce côté interne du sac un cordon qui n'est autre que le canal déférent ; il est bon d'être prévenu de ce fait et il faut décoller et repousser ce cordon avant de faire la ligature.

Sur la fixation du moignon du sac, je m'éloigne de M. Berger ; je ne crois pas que ce moignon puisse être une nouvelle amorce pour la hernie et qu'il soit utile de la fixer. Je n'ai jamais fait cette fixation, et dans une statistique que j'ai communiquée récemment au congrès de chirurgie, je n'ai pas obtenu des résultats éloignés moins satisfaisants.

Quant à l'oblitération de l'anneau, moi aussi je pense qu'il faut la faire avec le plus grand soin, mais je pense que M. Berger la fait bien compliquée. Pour ma part, je me sers de catgut fort, et je trouve qu'il tient assez longtemps pour assurer la réunion profonde. Je passe les fils avec l'aiguille de Reverdin ; pourquoi une aiguille mousse ? Je passe de dehors en dedans, comme M. Berger; je prends d'abord le contour externe de l'anneau fibreux, au devant de la veine, je chemine vers le ligament de Gimbernat, je l'accroche, et je ressors en traversant d'arrière en avant l'arcade crurale et en ayant soin de ne pas prendre le canal déférent; ce dont je m'assure par le toucher avant d'accrocher le fil et de retirer l'aiguille. Trois fils suffisent d'ordinaire à une oblitération parfaite.

Présentation de pièces.

I. — *Appendicite à rechute. Excision de l'appendice pendant une période de calme. Guérison.*

M. Jalaguier. Je vous présente l'appendice vermiforme d'un jeune garçon de 14 ans et demi qui a été pris au mois d'août 1891 d'une première crise d'appendicite. Il a dû garder le lit pendant quinze jours. Depuis cette époque, les crises ont reparu tous les

quinze jours ou toutes les trois semaines, nécessitant, chaque fois, le repos au lit pendant trois ou quatre jours.

Le 7 mars 1892, une nouvelle crise amena le malade à l'hôpital. Les douleurs abdominales étaient vives surtout dans la région de la fosse iliaque, et l'on trouvait entre l'épine iliaque et l'ombilic une plaque diffuse large comme la paume de la main. Cette induration diminua rapidement, et le 17 mars, on ne sentait plus qu'une masse arrondie du volume d'un œuf de pigeon siégeant juste sur le bord externe du muscle droit. L'enfant racontait que cette crise, comme les précédentes, s'était terminée après l'évacuation d'une petite quantité de pus mélangée aux selles. Je le garde en observation pendant six semaines. Opération le 28 avril, pendant une période de calme. Incision verticale de 8 centimètres le long du bord externe du muscle droit; j'arrivai directement sur le cæcum qui n'adhérait pas à la paroi abdominale, mais qui était recouvert par l'épiploon très adhérent à sa face antérieure et à la fin de l'iléon. Après avoir séparé et lié l'épiploon et après avoir coupé entre deux ligatures une bride fibreuse qui unissait la face externe du cæcum à la fosse iliaque, je pus attirer l'organe au dehors et reconnaître l'appendice recourbé de bas en haut et collé sur la face antérieure du cæcum. Après l'avoir isolé près de son origine, je le détachai de bas en haut; son extrémité terminale, renflée en massue, très adhérente au cæcum, était creusée d'une cavité contenant un calcul stercoral et des fongosités et communiquant par un petit orifice avec la cavité cæcale. Cet orifice fut avivé à la curette et fermé par deux plans de suture : un plan profond au catgut, et un plan superficiel à la soie fine.

Le moignon de l'appendice fut lié à un demi-centimètre du cæcum avec un fil de catgut, puis, pour plus de sûreté, après évidement de la surface de section, je plaçai quatre points de soie rebroussant en dedans les bords de cet infundibulum et adossant séreuse à séreuse. Ce mode de fermeture de l'appendice sectionné est, du reste, employé aujourd'hui par nombre de chirurgiens; je crois avoir été l'un des premiers à le mettre en pratique et à le décrire, à propos d'un cas de résection de l'appendice dans une opération de hernie étranglée [Ad. Jalaguier. Deux observations de hernie du cæcum. (*Congrès français de chirurgie*, 3e session, 1888, p. 575)]. La paroi abdominale fut fermée par une suture à étages.

Les suites opératoires furent nulles, et aujourd'hui, septième jour, l'enfant va tout à fait bien [1].

[1] Les sutures ont été enlevées le dixième jour; réunion parfaite; aucune sensibilité à la pression dans la région cæcale qui ne présente aucune induration. L'enfant va régulièrement à la selle; il est complètement guéri (11 mai).

Discussion.

M. Schwartz. Ce cas est tout à fait semblable à celui que j'ai présenté il y a environ un an, dans mon observation. Il n'y avait pas d'abcès communiquant avec le cæcum. C'est aussi contre des rechutes fréquentes d'appendicite que je me suis déterminé à intervenir.

II. — *Tumeur de la vessie.*

M. Gérard-Marchant. Je vous présente une tumeur de la vessie enlevée par la taille hypogastrique chez un malade encore jeune, atteint d'hématuries et de rétention d'urine par accumulation de caillots dans la vessie.

La tumeur était pédiculée et facilement énucléable; un fil fut mis sur le pédicule et celui-ci cautérisé au thermo-cautère.

L'injection de liquide dans la vessie, pendant que celle-ci était soulevée par le ballon rectal de Petersen, ne distendait que le côté droit de l'organe; son côté gauche rempli par la tumeur ne se laissait pas distendre.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 11 mai 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Traitement des tuberculoses articulaires et osseuses*, par le Dr O. Laurent (de Gand). Gand, 1891 ;

3° *De l'intervention chirurgicale dans les lésions du cerveau*, par le Dr O. Laurent (de Gand). Bruxelles, 1892 ;

4° *De l'urétrite chronique*, par M. Horteloup. Paris, 1892;

5° *Les anomalies musculaires considérées au point de vue de la ligature des artères*, par M. L. Testut (de Lyon), in-4° avec 12 planches. Paris, 1892;

6° Cinquantième anniversaire de la fondation de l'Académie royale de médecine de Belgique. *Rapports sur les travaux de l'Académie pour la période* 1866-1891. Bruxelles, 1891.

M. Galvani (d'Athènes), membre correspondant étranger, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.

De la cure radicale de la hernie crurale.

M. A. Marchand. On n'entreprend que très exceptionnellement la cure radicale de propos délibéré des hernies crurales. Elles n'atteignent presque jamais un volume considérable, se rencontrent de préférence chez les femmes dont la vie est sédentaire ou dont les professions n'exigent ni des efforts excessifs ni des fatigues continues.

Notre collègue M. Berger a donc bien fait de signaler les particularités que présente la cure radicale de cette hernie, puisque les occasions de la pratiquer sont relativement rares.

Je me suis trouvé six fois dans l'obligation de supprimer des hernies crurales : quatre fois chez l'homme, deux fois chez la femme. Trois fois la cause déterminante de l'opération a été la présence de lipocèles herniaires très douloureuses; trois fois ce fut le volume excessif de la tumeur, qui, dans deux cas, était irréductible, et, dans un autre cas, ne pouvait être maintenue convenablement par les bandages.

A l'exemple de notre collègue, je vais signaler rapidement les remarques intéressantes que m'ont offertes ces six opérations. Je dois ajouter, pour être vrai, que depuis six ans j'ai fait la cure radicale de la presque totalité des hernies crurales que j'ai opérées, et que l'expérience recueillie dans ces cas augmente sérieusement l'importance des renseignements fournis par les six opérations faites de propos délibéré.

Comme nous n'aurons que des différences à signaler à propos des divers temps du manuel opératoire, lesquels sont les mêmes que ceux de la cure radicale des hernies inguinales, nous passerons successivement en revue :

1° L'ouverture du sac et la réduction des viscères qu'il contient;
2° L'isolement et l'incision de ce même sac;

Paris. — Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 45.6.92. *Le Gérant :* G. MASSON.

3° L'oblitération du trajet herniaire, qui aujourd'hui doit compléter toute tentative de cure radicale.

A. — Je n'ai rien à dire au sujet des incisions qui conduisent très rapidement sur le sac, ni sur les difficultés sérieuses qu'on peut avoir à le reconnaître. Ici, comme pour les autres régions, on peut isoler le sac avant de l'ouvrir, mettre à nu directement les organes herniés, les réduire, les supprimer quelquefois.

La réduction de l'intestin a présenté de réelles difficultés dans la dernière de mes opérations, en raison de la notable quantité qui était sortie de ce canal, de l'étroitesse et de l'irrégularité du trajet herniaire. J'avais précisément entrepris cette opération chez un homme de 46 ans pour une hernie crurale très volumineuse relativement (elle présentait le volume d'une orange) qui ne se réduisait qu'avec difficulté et qu'aucun moyen ne maintenait.

Je mis à nu une quantité très considérable d'intestin grêle, revenu sur lui-même, le tout formé par deux anses que j'eus une certaine peine à faire rentrer, bien que j'eusse pratiqué deux débridements extérieurs au sac.

Une fois, dans ma première cure radicale faite à Saint-Antoine, je trouvai de l'épiploon très adhérent, presque impossible à séparer du sac, avec lequel il était fusionné par places. Je me décidai à isoler aussi haut que possible le collet du sac; puis, après m'être bien assuré qu'il n'existait aucun viscère prolabé, je compris dans une double suture en chaînette séreuse et épiploon. La résection fut pratiquée au-dessous de la suture, puis le pédicule péritonéo-épiploïque, soigneusement abstergé avec la solution phéniquée forte, abandonné à lui-même. La réunion se fit très bien, et je renvoyai le malade guéri de son épiplocèle adhérente. Je ne fis cette fois aucune suture pour rétrécir le trajet herniaire.

Cette manière de procéder fort simple me semble préférable aux dissections trop étendues pratiquées en vue de libérer l'épiploon, qui semble parfois tellement fusionné avec la paroi séreuse que toute séparation est impossible, comme j'ai pu m'en convaincre dans quelques hernies inguinales.

Le seul reproche qu'on puisse faire à ce procédé, qui s'impose parfois, est la formation de brides épiploïques intra-abdominales pouvant devenir la cause d'accidents d'iléus. Je ne sache rien qui, jusqu'à ce jour, puisse légitimer ces craintes.

Je ne m'explique point, d'autre part, comment l'adhérence d'un moignon épiploïque au pourtour d'un anneau péritonéal faciliterait la reproduction de la hernie par ce canal, qui se trouve tout au moins partiellement oblitéré.

Il m'est arrivé deux fois de rencontrer dans le sac de hernies

crurales que j'opérais pour des accidents sérieux l'appendice cæcal ; cet organe, ulcéré dans l'un de ces cas, avait laissé échapper dans le sac un pépin de raisin. Dans le deuxième cas, l'appendice était rouge et tuméfié. Je pratiquai l'incision de ces deux organes et, après suture, réduisis les moignons. La guérison eut lieu sans incident.

B. — La dissection des sacs cruraux, ou mieux leur isolement, est un des temps de l'opération qui présente le moins de difficultés, qui diffère le plus de ce que l'on observe dans les hernies inguinales.

Chez ces dernières, la séparation de la séreuse sacculaire des éléments du cordon qui lui sont accolés présente parfois de grandes difficultés, et nombre de cordons déférents en ont subi le contrecoup. La dissection des adhérences au bord supérieur de l'épididyme et à la vaginale elle-même amène souvent l'ouverture de la séreuse testiculaire ou la section de vaisseaux donnant lieu à des écoulements sanguins fort gênants.

Rien de semblable pour ce qui concerne l'isolement des sacs cruraux. Ces derniers sont doublés presque toujours d'un tissu adipeux souvent fort épais, faisant corps avec eux au point que ce serait folie de vouloir les séparer. Ce tissu adipeux peut revêtir la forme de véritables lipomes lobulés sur les théories pathogénétiques desquels nous ne devons point insister.

Le sac ainsi épaissi est entouré d'une atmosphère celluleuse très lâche, qui se laisse déchirer avec la plus grande facilité et permet une séparation facile du collet et des tissus fibreux qui constituent le trajet herniaire.

Cette séparation n'a d'autres limites que celles qui résultent de la crainte que l'on a de blesser l'artère obturatrice chez les femmes, les vaisseaux et en même temps le canal déférent chez l'homme.

J'ai, du reste, constamment vu les pédicules des collets remonter rapidement au-dessus des anneaux après résection. Le même phénomène qui s'observe si bien dans la hernie inguinale se reproduit ici avec la même intensité.

Après cette dissection et l'excision du sac, il reste une cavité tapissée par des débris du tissu conjonctif péri-sacculaire et qui représente très nettement la forme et les limites de la fosse ovale des anatomistes.

C. — Détruire le sac, c'est détruire la hernie, au moins provisoirement. Pour que cette œuvre devienne durable, il importe de clore hermétiquement et solidement les trajets herniaires. Aussi toute tentative de cure dite radicale doit-elle être suivie, après

destruction des principaux éléments de la hernie, de l'oblitération des trajets que suivent ces derniers.

Or, si le développement, la forme des sacs inguinaux a permis à Mac-Ewen de les remonter après un plissement spécial et de les appliquer à la face de l'anneau inguinal profond, où on a la prétention de leur faire jouer l'office de simple bouchon; si Bassini a pu proposer et réaliser jusqu'à un certain point la résection du fascia de Cooper et le rétrécissement de l'anneau inguinal interne, la disposition anatomique, la forme habituelle de la région et de la hernie crurales empêchent de songer à l'adoption d'aucun des moyens que je viens de rappeler. Les sacs sont trop exigus, trop capitonnés par des tissus étrangers à la séreuse pour qu'il soit possible de les refouler à la manière de Mac-Ewen.

L'oblitération ou même un rétrécissement de l'anneau profond ne peut être obtenu, puisque le bord postérieur est osseux (crête pectinéale), et le bord interne rigide, inextensible, toujours fortement diminué par la pression prolongée du collet du sac.

La seule ressource à laquelle on puisse recourir, c'est le rétrécissement du trajet intermédiaire aux deux anneaux, j'entends de l'espace qui sépare le véritable anneau crural de l'orifice fibreux creusé dans le fascia cribriforme altéré dans sa structure normale. Je veux bien qu'avec le temps les deux orifices se rapprochent, au point de corriger presque absolument le trajet inflexe des hernies jeunes et d'amener la superposition des deux anneaux.

Il n'en reste pas moins établi d'une façon absolue que tous les obstacles accumulés en avant du ligament de Gimbernat n'en laisseront pas moins subsister la partie faible de la face profonde de l'anneau crural, celle pour la défense de laquelle Cloquet avait créé le septum crural. Vaut-il bien la peine de se demander ce qu'est devenue la valeur de cet agent de protection providentiel dans les hernies complètement sorties de l'infundibulum? On ne peut donc que chercher à rétrécir le trajet herniaire lui-même et non l'orifice qui profondément le limite; c'est l'espace qui s'étend de l'anneau fibreux externe à l'orifice profond dont il vient d'être question.

Ce rétrécissement quelque peu illusoire ne peut s'obtenir que par l'affrontement, au moyen de sutures abandonnées, de l'aponévrose pectinéale au bord supérieur de l'anneau fibreux herniaire, c'est-à-dire du fascia cribriforme et du bord antérieur de l'arcade crurale auquel il s'insère.

Les sutures les plus simples, les plus réservées, celles qui ne font courir aucun risque aux organes importants de la région, devront être préférées. Pour ma part, dans mes deux dernières opérations, j'ai affronté par quelques points de suture verticaux

les tissus fibreux constituant le trajet herniaire. Dans le dernier cas, j'ai même pu appliquer deux étages de sutures sans avoir la prétention, qui me paraîtrait chirurgicalement excessive, de n'y avoir compris que les deux organes aponévrotiques que j'ai signalés plus haut. Jusqu'à quel point ai-je réussi à clore le fâcheux trajet ? L'avenir seul l'apprendra, à la condition que je puisse retrouver mes malades.

Sur six opérations, je n'ai pu retrouver que ma troisième opérée. C'était une femme âgée (60 ans), porteuse d'une hernie crurale entéro-épiploïque fort gênante, puisqu'elle ne pouvait être maintenue. Je fis la cure radicale de la hernie : excision d'une masse épiploïque volumineuse, réduction d'une anse complète d'intestin, excision complète du sac. Six mois après, cette femme était encore complètement guérie ; je ne percevais aucune impulsion au niveau de la région herniaire.

La malade était, du reste, très satisfaite de sa situation présente et se félicitait de la détermination qui lui avait fait réclamer avec insistance la guérison de son infirmité au prix d'une opération.

M. Schwartz. J'ai eu l'occasion d'opérer 7 hernies crurales de cure radicale.

Toutes les fois il s'agissait de hernies épiploïques, soit réductibles, mais douloureuses et non maintenables par des bandages, soit irréductibles par adhérences.

Lorsque le sac est vide et petit, il y a quelquefois de grandes difficultés à le trouver au milieu des masses graisseuses où il se trouve ; il faut quelquefois chercher pendant longtemps, par une dissection minutieuse, le sac enfoui dans la région. Quand le sac est rempli, il est facile de le trouver.

Je suis absolument d'avis qu'il faut l'isoler le mieux possible après avoir réduit aussi complètement que possible tout le contenu et réséqué l'épiploon libéré de ses adhérences. Il m'est arrivé de trouver l'épiploon absolument uni au sac sur toute sa surface, et si bien qu'il était impossible de le libérer. J'ai fait, comme mon collègue le Dr Marchand, la résection de l'épiploon et du sac adhérents et réduit le pédicule, car il y avait impossibilité complète à amener tant soit peu d'épiploon en dehors pour l'exciser en dessus.

Quant à la suture de l'anneau crural, je la crois souvent illusoire, à cause de la rigidité des tissus fibreux qui le constituent ; c'est un anneau et non un canal.

Je suture par le plus grand nombre de points de catgut ou de soie les parois du canal crural, de façon à le fermer le mieux possible. J'ai employé depuis un an une manière de faire qui consiste à remplir le canal, là où se trouve le ganglion crural profond, par

un tampon de catgut très aseptique, comme le conseillent Thiers et Kottbuz pour les hernies en général. Je suture par-dessus, de façon à obtenir un véritable bouchon cicatriciel qui renforce la faible barrière opposée par l'anneau crural.

J'ai opéré, il y a quatre ans, une dame d'une épiplocèle adhérente. Elle est restée parfaitement guérie sans porter un bandage. Un jeune homme atteint de hernie crurale incoercible, opéré il y y a trois ans, a été revu guéri un an après. Je n'ai pu le retrouver depuis.

Une opérée d'il y a un an a été revue six mois après avec une récidive qui me paraît tenir à des efforts de vomissements très violents pendant quarante-huit heures et tenant au chloroforme. Ces efforts ont certainement désuni nombre de sutures et avaient produit un épanchement sanguin assez considérable au-dessous de la ligne de suture.

Mes autres opérés n'ont pas été revus ; mais j'en aurai des nouvelles et j'en informerai la Société.

M. Routier. Comme à mes collègues, il m'est arrivé de trouver des hernies crurales dans lesquelles l'épiploon et le sac ne faisaient qu'un : je n'ai du reste jamais fait de cure radicale de hernie crurale en dehors de ces cas où la réduction totale était impossible, le port du bandage étant ou très douloureux ou insupportable.

Dans tous ces cas, fidèle à la doctrine émise par M. Lucas-Championnière, et considérant comme lui l'épiploon comme un des facteurs principaux de ces hernies, j'ai voulu en supprimer le plus possible.

Pour cela faire, dans les cas d'adhérences épiploïques totales ou presque totales, comme il serait, en effet, impossible de les lier, j'ai recouru à une petite manœuvre consistant en ceci : je tire sur l'épiploon pour augmenter la hernie, peu à peu j'arrive à l'attirer au dehors; vient enfin un moment où cet épiploon fait écharpe, entre son insertion normale intra-péritonéale, d'une part, et son insertion anormale au sac.

Dans cette masse qui fait écharpe, on arrive à trouver un point libre qui est pour moi le point de départ d'une série de ligatures en chaîne plus ou moins nombreuses suivant l'épaisseur de l'épiploon hernié.

Finalement, on arrive à avoir lié et sectionné l'épiploon dans toute son épaisseur, et après avoir rentré, soit en masse, soit à mesure que je place les ligatures, les moignons épiploïques supérieurs, il me reste dans la main la partie de l'épiploon fusionnée au sac.

Par des tractions appropriées, en libérant en outre le sac par sa

surface externe, on parvient à faire descendre le péritoine et à pouvoir porter sa ligature de cure radicale sur le péritoine, au-dessus de l'insertion de l'épiploon, au-dessus du collet du sac, et il ne reste qu'à sectionner le sac, emportant du même coup l'épiploon adhérent. C'est en somme ce que je fais pour la hernie ombilicale; ici, il est vrai, l'orifice est plus large, et on peut avec le doigt en crochet aller cueillir l'épiploon en dedans de la paroi, pour procéder ensuite comme précédemment.

Le bouchon fourni par la ou les ligatures doit évidemment être en rapport avec la dimension toujours exiguë de l'orifice crural.

M. Reynier. Dans deux cas, j'ai dû suivre la même conduite que M. Routier; deux fois, j'ai trouvé l'épiploon adhérent à l'anneau, et à un niveau élevé, et cet épiploon enroulé sur lui-même, formant comme un deuxième sac. Dans ce sac épiploïque, l'intestin peut même venir s'étrangler. Dans ces cas, j'ai attiré l'épiploon et j'ai trouvé un point où il était séparable du sac; je me suis servi du sac doublé de l'épiploon pour suturer ce sac et fermer l'anneau. J'ai revu les deux malades, l'une après deux ans, l'autre après trois ans; elles sont restées tout à fait guéries. Du reste, il me semble que les résultats éloignés sont meilleurs dans la hernie crurale que dans la hernie inguinale.

M. Schwartz. La manœuvre que préconisent mes collègues est certainement bonne quand on peut l'exécuter; mais j'ai trouvé des cas où il n'y avait pas moyen d'agir de cette manière.

M. Quénu. J'ai éprouvé une difficulté que je veux signaler. Quand on a lié un gros morceau d'épiploon, on peut avoir de la peine à le faire rentrer. On n'a pas ici la ressource d'agrandir l'anneau par un débridement pour obtenir la réduction, car le remède serait pire que le mal. Il est donc necessaire de lier l'épiploon par petits faisceaux et d'en pratiquer la réduction successive.

M. Bazy. On peut éprouver cette difficulté de la réduction même pour de petites masses d'épiploon; on est alors obligé ou de pousser fort ou de débrider l'anneau; trois fois j'ai fait ce débridement; je ne le crois pas mauvais, à condition qu'on suture le point débridé, et j'ai constaté que les résultats ultérieurs restaient bons.

M. Routier. Il faut évidemment savoir ce que représente la capacité de l'anneau et proportionner le volume du bouchon épiploïque à la grandeur de cet anneau.

M. Quénu. La chose est plus difficile que ne pense M. Routier. Chez les enfants surtout, l'anneau est très petit, et dans le cas

auquel j'avais fait allusion, j'avais fait un petit faisceau d'épiploon dont la réduction a néanmoins été fort laborieuse.

Discussion sur l'urétrorraphie.

M. Horteloup. Je suis un de ceux qui ont fait le plus de résections du canal de l'urètre, puisque j'ai pratiqué dimanche dernier ma onzième, et *je crois être le premier qui ait fait la résection de l'urètre sans chercher à obtenir la reconstruction du canal par le rapprochement et la suture des deux extrémités du canal.* Je crois peu à ce rapprochement, car la moindre érection suffit pour faire céder la suture, comme j'ai pu m'en rendre compte; *aussi faut-il admettre qu'il se reforme un nouveau canal, probablement par un travail analogue à celui qui se passe dans certaines fistules anales, comme je l'ai dit à la Société de chirurgie dans un rapport sur un travail de notre collègue Delorme.*

Pour les rétrécissements traumatiques ou pour les rétrécissements anciens compliqués de fistule ou d'abcès, je crois que c'est une bonne pratique. J'observe un malade que j'ai opéré il y a vingt et un mois et auquel j'ai réséqué 4 centimètres d'urètre; il urine facilement et peut passer une bougie du n° 16. Je ne crois pas qu'il soit toujours nécessaire de faire la suture de l'urètre, et quand le rétrécissement est étendu, soit traumatique, soit compliqué de fistules et d'abcès, cette suture peut être impossible. J'ai opéré un malade qui, entre les deux bouts, présentait 7 centimètres d'écartement; dans un cas comme celui-là, il sera impossible de faire la suture. Du reste, la suture ne modifiera guère le résultat.

Pour l'excision du rétrécissement, non seulement je fais de grandes incisions au périnée, mais je pratique souvent deux incisions courbes se regardant par leur concavité, qui me permettent d'enlever une véritable tranche des tissus malades; je ne fais ensuite qu'une suture incomplète des parties molles, laissant à la partie postérieure une ouverture d'environ 1 centimètre, par laquelle passe l'urine. Je ne suis guère partisan de la sonde à demeure, dont la présence à tendance à faire suppurer le canal. Je retire la sonde au bout de deux jours et je dilate le canal avec les bougies Beniqué au bout de cinq à six jours; les malades urinent par la boutonnière périnéale, qui se cicatrise peu à peu.

Communication.

Moyens de contrôler la température des étuves à stérilisation.

Par M. Quénu.

Depuis le moment où j'ai eu à ma disposition une bonne étuve à stériliser les pièces de pansements, je n'ai jamais employé pour mes ligatures ou sutures que des fils ou des crins préalablement étuvés; j'ai même étendu ce mode de stérilisation aux tiges de laminaire : voici des tiges stérilisées à la vapeur humide puis desséchées à l'aide de l'appareil Sorel, elles n'ont été en aucune manière déformées par cette double opération.

Je me suis donc associé sans réserves aux conclusions que nous formulait l'an dernier M. Bouilly ; comme lui, j'ai adopté la soie comme ligature, et je ne manque jamais de la stériliser à la vapeur humide sous pression avant de m'en servir ; comme lui, je me suis félicité de n'avoir jamais à observer de suppuration autour des points de suture. Cependant, quelques semaines après cette communication, j'eus la douleur de voir suppurer une paroi abdominale : la guérison n'en fut que retardée; mais je n'en étais pas moins préoccupé, car si les fils de la paroi suppurent, le fil du pédicule peut suppurer, lui aussi, et alors ce peut être un désastre et non plus seulement un retard de cicatrisation. Je fis mon enquête et acquis la certitude que la stérilisation de mes compresses était imparfaite. Sil nous était possible de faire accomplir ces différentes opérations par des hommes de science, nul doute que les erreurs seraient exceptionnelles; mais nous sommes obligés de nous en rapporter au personnel d'hôpital, et la moindre erreur se paye de la vie d'une malade.

Or, la principale cause d'erreur pour les autoclaves consiste dans l'expulsion imparfaite de l'air. S'il reste de l'air et si le robinet d'échappement est fermé trop tôt, il arrive que, doué de plus de force expansive que la vapeur, à température égale, l'air fait monter le manomètre à une pression à laquelle est censée répondre une température donnée. En d'autres termes, nous connaissons la température d'un autoclave non par une mesure thermométrique directe, mais par la pression du manomètre; or, les indications données par les tables ne sont exactes que si la vapeur est expurgée d'air[1]. Il ne faudrait pas conclure de là que les étuves doivent être rejetées comme moyens infidèles et comme donnant une sécurité dangereuse ; la vérité est que, comme pour tout instrument

[1] Sinon le mélange se comporte comme un gaz.

que nous n'employons pas nous-mêmes, nous avons besoin d'un contrôle.

Ce que je dis des étuves humides s'applique aussi bien aux étuves sèches : le régulateur peut se déranger, toute autre cause d'erreur peut survenir, qui rendrait somme toute l'étuvement un procédé inférieur à la simple ébullition.

Nous pouvons, il est vrai, nous servir de thermomètres à maxima gradués de 100 à 180 ou 200° pour les instruments et de 60 à 130° pour la stérilisation humide. J'ai employé ce moyen, et au dispensaire Pereire chaque petite boîte d'instruments est garnie de son thermomètre. Mais c'est un moyen très coûteux et peu pratique, principalement avec les autoclaves ; j'ai donc, avec l'aide de mon ami et interne Lamotte, utilisé ce qui est fait dans les laboratoires, c'est-à-dire la température de fusion de différentes substances.

Dès le mois d'octobre, aucun de mes cylindres à compresses n'était mis sous pression sans contenir son tube de verre rempli de soufre; plus tard je me suis servi de l'acide benzoïque ; Terrier, qui a adopté ce petit moyen, s'est servi, je crois, du benzamide. Le soufre fond vers 112° ; l'acide benzoïque, vers 120°.

En constatant la fusion du contenu de nos tubes, les tubes étant placés en plein centre des cylindres, à côté des soies, nous étions donc certains d'avoir une température minima.

Nous ne saurions trop recommander cette petite pratique fort simple, qui donne au chirurgien, au moment où il retire ses compresses, la certitude que leur stérilisation a été suffisante et qu'il n'a rien à en craindre. Nous avons cherché à faire mieux encore.

Constater que du soufre a fondu ou de l'acide benzoïque, ce n'est qu'avoir une température approximative.

En effet, la température de fusion du soufre, suivant ses différents états de cristallisation, peut varier de 4°. D'après Troost, le soufre prismatique fond à 117° ; le soufre octaédrique fond à 113°.

Avec les composés organiques et minéraux, l'erreur peut être plus grande encore : « il s'interpose en effet pendant la cristallisation une certaine quantité d'eau qui peut faire subir au composé une fusion aqueuse différente de la fusion ignée. » Pour ces motifs, nous demandâmes à notre interne en pharmacie, de qui nous tenions les renseignements précédents, de nous faire avec du bismuth et de l'étain un alliage à température de fusion fixe.

Voici un alliage qui est destiné aux boîtes renfermant les instruments; il fond à 143°. Nous en avons d'autres pour les compresses, fondant à 120°. L'alliage est renfermé dans un petit tube en verre présentant en son milieu un étranglement en sablier : la fusion fait couler le métal d'une case dans l'autre.

Nous espérions pouvoir faire resservir les tubes en les chauffant et faisant repasser le métal dans une des cases ; malheureusement il se forme par fusion une sorte d'étamage du verre, et le plus simple est de sacrifier le tube en conservant l'alliage.

Toute cette petite technique est plus longue à exposer qu'à faire; elle donne à l'opérateur la conscience parfaite de sa sécurité : c'est là un avantage qui n'est point à dédaigner.

Communication.

M. Tuffier lit un travail intitulé : *Statistique raisonnée de* 57 *opérations pratiquées sur le rein.*

(Ce travail est envoyé à la commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire.)

Scrutin.

Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire.

Nombre de votants, 22. — Majorité, 12.

MM.	Horteloup	22 voix.
	Routier	18 —
	Delorme	22 —
	Bazy	1 —
	Brun	1 —
	Gérard-Marchand	1 —
	Reclus	1 —

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 18 mai 1892

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Le premier numéro des *Atti Della associazione medica lombardia*, publication bimensuelle. Milan 1892 ;

3° Lettre de M. Nicaise demandant un congé d'un mois;

4° Lettre de MM. Bazy et Quénu s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Communication.

Note sur un cas de kyste hydatique pédiculé du foie ayant simulé une tumeur de la paroi abdominale. Extirpation. Guérison.

Par le Dr Ed. Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Mlle E. Q..., âgée de 24 ans, couturière, nous est adressée par le docteur Hœlling, de Montrouge, à l'hôpital Cochin pour une tumeur de la région abdominale dont elle s'est aperçu y a deux mois seulement à propos d'une indisposition qui l'a obligee à garder le lit. A ce moment déjà elle avait à peu près le volume actuel. Elle n'avait jusque-là éprouvé ni gêne, ni douleur quelconque. Depuis elle n'en a pas souffert, toutefois elle est un peu incommodée pendant la marche et elle a quelquefois la sensation d'une barre qui appuierait sur le ventre.

A la simple inspection on contate une asymétrie de la paroi qui est bombée à droite de la ligne médiane. Cette saillie devient bien plus nette quand on fait asseoir la malade et que par ce mouvement les muscles se contractent ; elle se dessine alors sous forme d'une tumeur allongée de haut en bas située un peu en dehors du grand droit ; allant de l'ombilic à deux ou trois travers de doigt de l'arcade crurale. Les mouvements respiratoires n'influencent en rien sa situation. Le palper permet

de la délimiter et d'en apprécier facilement la consistance qui est rénitente, comme fluctuante par points; elle envoie vers le haut un petit prolongement. Les doigts sont facilement insinués entre la tumeur et la fosse iliaque ; on ne sent rien qui la rattache aux organes du bassin. Tout autour d'elle existe une zone de sonorité très accentuée, aussi bien en haut qu'en bas ; la percussion superficielle de la tumeur elle-même donne de la matité ; faite plus profondément il existe une sonorité légère.

Quand on commande à la malade de raidir les muscles de l'abdomen, la tumeur fait une saillie plus nette comme nous l'avons déjà dit et elle est absolument immobilisée ; dès que le ventre est relâché, elle redevient d'une mobilité très grande dans tous les sens.

Ce dernier symtôme joint à tous ceux que nous avons indiqués nous fit porter le diagnostic de tumeur de la paroi et nous penchâmes pour un fibrome ou un fibrosarcome ou un foyer kystique. Le signe de l'immobilisation par la contraction musculaire joint à ce fait qu'il n'y avait aucune relation appréciable de la tumeur avec le foie, pas d'ascension pendant l'inspiration, une zone de sonorité très étendue entre elle et lui, ne nous fit pas songer un instant à l'idée d'une tumeur hépatique ; nous nous rappelions cependant un fait dont nous avons été témoin dans le service de notre maître le docteur L. Labbé ; l'on prit pour une tumeur de la paroi, un cancer du bord inférieur du foie absolument indépendant d'elle. Cette observation est rapportée tout au long dans le traité des fibromes de la paroi abdominale, page 186. Se basant sur le signe de l'immobilisation pendant la contraction l'on porta le diagnostic de tumeur de la paroi, M. Labbé explique cette immobilisation par ce fait que lorsqu'on fait un effort pour contracter les muscles de la paroi, on immobilise du même coup le diaphragme et le foie qui y prend de larges attaches.

Dans notre fait, un seul point ne cadrait pas avec le diagnostic porté c'était l'absence totale de grossesse. Les fibromes de la paroi sont en effet d'une rareté excessive, si bien que sur les nombreuses observations rassemblées par L. Labbé et Remy c'est à peine si on en trouve un sans grossesse ou accouchement, précédant l'apparition du néoplasme. Il n'y a guère que le fait de notre collègue Terrillon qui soit complètement probant. Il n'y avait eu chez notre malade aucun traumatisme soit direct soit indirect de la paroi comme cela se rencontre dans un certain nombre d'observations chez l'homme. Au moment d'opérer je pratique un dernier examen sous le chloroforme qui me montra que la tumeur était peut être plus liquide que je ne l'avais pensé tout d'abord, mais ne me fit sentir rien de nouveau au point de vue du siège. Dès l'incision pratiquée le long du bord externe du muscle droit suivant le grand diamètre de la tumeur, je reconnus qu'il s'agissait d'une tumeur de la cavité abdominale. Elle est ovoïde, d'une coloration jaune grisâtre manifestement fluctuante. Elle a tout à fait l'aspect d'un kyste hydatique à parois très épaisses. Elle se prolonge en haut par un pédicule large comme le petit doigt et long de 4 à 5 centimètres jusqu'au bord inférieur tranchant du foie où il se continue directement avec sa substance. En contact immédiat avec la paroi abdominale en avant où

rien ne la fait adhérer, elle adhère en haut et à gauche à l'intestin grêle et à l'épiploon ; en arrière elle est couchée sur le colon descendant qui lui est très intimement uni.

Le détachement des adhérences est très pénible à ce niveau et plusieurs fois je laisse sur l'intestin un fragment de la paroi kystique, pour ne pas risquer d'ouvrir sa cavité. La tumeur complètement libérée de l'intestin, de l'épiploon et de l'appendice iléo-cæcal qui lui est adossé à droite; je place deux ligatures à la soie sur le pédicule hépatique, puis sectionne au thermocautère. Toilette du péritoine.

Suture à étages de la paroi, péritoine, muscles et peau.

L'opération avait duré une heure.

La tumeur enlevée est sectionnée. Ses parois présentent une épaisseur de 1 centimètre par place et une consistance comme cartilagineuse ; il s'écoule de l'incision un liquide comme de l'eau de roche, 350 grammes environ. Pas de vésicules filles. Le liquide examiné contient de nombreux crochets.

Le 1er mars, sept jours après l'opération, les points de suture superficiels sont enlevés. L'opérée n'a eu aucune réaction, si ce n'est une éruption très étendue, ressemblant à un rash rubéoliforme et que nous avons attribué au pansement iodoformé.

Le 12 mars, elle sort parfaitement guérie, munie d'une ceinture.

Nous l'avons revue il y a huit jours avec une cicatrice très solide et dans un excellent état.

Telle est l'observation que je tenais à vous soumettre et qui nous montre une fois de plus, dans le cas particulier, que le signe si précieux de l'immobilisation par la contraction des muscles abdominaux peut induire en erreur quand il s'agit d'une tumeur en connexion avec le foie. Il induira d'autant plus en erreur que, comme dans le fait que je viens de vous rapporter, ces connexions seront moins tendues et moins serrées.

Rapport.

Ostéosarcome du fémur. Désarticulation de la hanche, par le Dr Fontorbe, médecin principal à l'Ecole navale de Rochefort.

Rapport par M. Chauvel.

Un caporal d'infanterie de marine, F..., âgé de 23 ans, rapatrié du Tonkin, entre le 4 septembre 1891, dans le service de M. Fontorbe. Il porte à la partie inférieure de la cuisse droite, au-dessus du condyle interne du fémur, une tumeur qui offre 17 centimètres de longueur sur 15 centimètres de largeur dans le sens transversal.

Développée depuis quatre mois environ, à la suite de marches exé-

cutées au Tonhin, cette grosseur s'est progressivement accrue, sans amener de très vives douleurs. Mais adhérente à la peau, elle fait corps avec le fémur et sa nature maligne ne peut faire doute étant donné l'âge du malade, l'absence de syphilis, le développement rapide, l'amaigrissement du sujet.

M. Fontorbe, bien que le néoplasme semble limité au bord inférieur de l'os, n'hésita pas à proposer la désarticulation de la hanche. L'opération est acceptée et pratiquée le 19 septembre par le procédé à raquette antérieure de Farabeuf, dont notre collègue exécute régulièrement tous les temps. La durée totale de l'opération, sutures comprises est de cinquante-huit minutes.

Pansement iodoformé, ouaté, avec compression légère, drainage.

Au quatrième pansement, le 6 octobre, bien que la température n'ait jamais atteint 38 degrés, le soir, on trouve la plaie recouverte d'une couche assez épaisse et d'un blanc jaunâtre. On enlève cette fausse membrane avec la spatule, on lave avec la solution forte d'acide phénique, et on refait un pansement iodoformé.

Le 9 octobre, il n'y a plus de productions pseudo-membraneuses que dans les parties profondes; le 12, elles ont presque disparu, pas de fièvre.

Le 7 novembre, la température monte subitement à 39°,9 et le 8 au soir à 40°,1. Sous l'influence de quelques doses de quinine, cette fièvre, retour d'accès paludéens, disparaît dès le 12 novembre. Suppuration légère.

Le 13 novembre, douleurs, pus plus abondant, décollement dans la partie déjà cicatrisée, incision, lavage au sublimé, drain dans le foyer. La plaie presque comblée est soigneusement nettoyée des quelques pellicules grisâtres encore persistantes.

Le 14, ces fausses membranes sont plus abondantes, on les enlève par le grattage. La même opération doit être répétée le 22 et le 26 novembre, quand on renouvelle le pansement. La plaie est largement arrosée avec la solution phéniquée forte. Il n'y a pas de fièvre.

Le 15 janvier 1892, formation d'une petite collection purulente dans le moignon; ouverture au bistouri. Même intervention le 23 janvier. Le 3 février, la plaie est fermée complètement, et tout pansement est cessé. Cependant le 14 mars, il faut encore ouvrir un dernier foyer. En avril, on peut monter le moignon et commander le membre artificiel.

La guérison semblait définitive quand, le 15 avril, se forme au centre du moignon un nouvel abcès, puis la plaie se ferme, en apparence, d'une façon définitive.

A la date du 3 mai dernier, M. Fontorbe constate que la plaie est entièrement cicatrisée, sans douleur, sans élancement. Le malade s'appuie sur son moignon et la pression n'y détermine aucune souffrance. Dans le pli de l'aine, dans la fosse iliaque, pas de ganglion engorgé, pas de sensibilité normale.

L'aspect du malade est meilleur, il n'a plus ni sueurs nocturnes, ni diarrhée. L'appétit est bon, les forces reviennent, F... se promène

avec des béquilles. En un mot, le succès opératoire est obtenu et jusqu'ici il n'y a pas trace de récidive.

Je regrette que notre confrère ne nous ait pas donné de détails sur l'examen anatomo-pathologique du membre enlevé, sur la nature de la tumeur, sur l'étendue exacte du mal. Si les chirurgiens, en effet, sont à peu près d'accord aujourd'hui pour pratiquer l'ablation totale de l'os atteint de néoplasme, alors même que la production maligne semble limitée à la partie éloignée, c'est que l'examen histologique a montré la fréquence des noyaux cancéreux dans toute la longueur de l'os malade et jusque dans l'extrémité articulaire supérieure, alors même que le mal semble limité à son épiphyse inférieure ou à son voisinage.

Nous croyons que la conduite de M. le Dr Fontorbe était la seule rationnelle, car la gravité de la désarticulation de la hanche n'est plus telle actuellement qu'elle fasse repousser cette opération. Dans 32 faits relevés par notre collègue M. Moty, de 1878 à 1890, la mortalité n'aurait été que de 12,50 0/0. Il est vrai que bien des échecs ont pu n'être pas publiés ; mais si nombreux qu'on les suppose, ils ne peuvent, quand il s'agit d'une tumeur maligne du fémur, faire donner la préférence à l'amputation dans la continuité de la cuisse.

Nous n'avons rien à dire de la méthode opératoire suivie par notre confrère de la marine. Suivant les indications de Farabeuf, il a lié préventivement l'artère et la veine fémorale commune en deux points de leur trajet, et bien que son malade fût jeune, la perte de sang a été minime. Il est vrai que des pinces hémostatiques étaient rapidement appliquées sur les vaisseaux ouverts. Le moignon, dont nous avons vu les muscles, est bien constitué. La cicatrice, placée en avant et en haut, se trouve à l'abri des pressions. Peut-être le lambeau antéro-interne a-t-il même été pris un peu court. Il en est résulté la formation d'une sorte de bourrelet intérieur, et l'appareil devra être fortement excavé en ce point pour ne pas exercer de pression gênante.

En ce qui concerne le pansement, M. Fontorbe a pris parti moyen entre M. Verneuil qui rejette toute suture et les chirurgiens qui recherchent la réunion immédiate totale. En plaçant un drain et de la gaze iodoformée sur la partie inféro-postérieure de la plaie laissée béante, il voulait sans doute favoriser l'issue des liquides venant des parties profondes de la plaie. Il se disait que la présence de la cavité cotyloïde et de son cartilage rendant presque impossible l'adhésion immédiate à ce niveau, il était plus prudent de conserver un canal d'évacuation que de fermer complètement la plaie.

L'observation montre que si aucun accident grave n'a jamais menacé les jours de son opéré, la guérison s'est faite avec une lenteur surprenante. La désarticulation date du 19 septembre dernier, et le 15 avril, presque sept mois plus tard, il fallait encore ouvrir un abcès à la partie moyenne du moignon. Étant donnée la répétition de ces inflammations, il n'est pas permis d'assurer encore que la cicatrisation est définitive.

A quoi attribuer ce retard? On sait que les plaies guérissent vite chez les néoplasiques, même quand ils semblent déjà atteints par la cachexie. Chez l'opéré de M. Fontorbe, pansé antiseptiquement, il s'est formé sur la plaie à plusieurs reprises des sortes de fausses membranes qu'on a cru devoir enlever par les grattages. Notre collègue, M. Després, ne manquerait pas de les rapporter à l'emploi des antiseptiques; je me demande si ces productions diphtéroïdes, ne peuvent pas suivre le contact trop longtemps prolongé de l'iodoforme.

En tout cas, l'arrachement, le grattage de ces pseudo-membranes, les lavages des surfaces avec la solution phéniquée forte ne me semblent pas avoir été bien nécessaires, et je crois qu'un simple changement dont la nature du topique eût suffi pour en obtenir la disparition.

Bien qu'il en soit, et tout en faisant les réserves légitimes sur la durée de la guérison, je vous propose, Messieurs :

1° De remercier M. le Dr Fontorbe de son intéressante observation;

2° De déposer honorablement son manuscrit dans nos archives.

Discussion.

M. A. Marchand. Je crois que l'opinion et la conduite des chirurgiens doivent varier suivant la nature des sarcomes des os. Les sarcomes centraux des os, les anciennes *tumeurs à myeloplaxes* ont une malignité moins grande que les sarcomes périostiques, fuso-cellulaires. J'ai amputé, il y a quatre ans, une jeune femme atteinte d'une tumeur de ce genre et une autre malade, Il y a deux ans et demi, pour une tumeur pulsatile du fémur; ces opérées sont restées guéries. Ces deux faits me portent à croire qu'il ne faut pas toujours agir d'après la même formule et qu'il peut suffire d'amputer au-dessus de la lésion, sans faire courir les risques d'une plus grosse opération, telle que la désarticulation.

M. Schwartz. Je partage l'avis de M. Marchand; en 1880, j'ai dû réunir un grand nombre d'observations de ces tumeurs dans ma thèse d'agrégation, et depuis, j'en ai recueilli beaucoup d'au-

tres. Il en résulte que certains sarcomes peuvent être traités utilement par l'amputation et même simplement par l'énucléation, le fait est surtout évident pour le maxillaire. Il y a lieu d'être moins radical pour les tumeurs dites à myéloplaxes que pour les sarcomes fuso ou globo-cellulaires. Dans tous ces cas, il me paraît bon de faire une incision exploratrice, après application de la bande d'Esmarch et de se comporter suivant les résultats de l'examen.

M. Routier. Je puis citer un fait contre l'opinion de M. Schwartz. Dans un cas de sarcome du fémur, de diagnostic difficile, je fis, sous les yeux de M. Cornil, une incision exploratrice. M. Cornil fut lui-même embarrassé pour se prononcer sur la nature exacte de la tumeur et me conseilla de faire la désarticulation. Plus tard, on reconnut qu'il s'agissait de tuberculose ; de sorte que l'incision exploratrice ne peut toujours éclairer le diagnostic.

M. Schwartz. Il y a certainement des cas difficiles ; mais l'incision exploratrice n'ayant pas d'inconvénients, il y a toujours lieu de la pratiquer.

M. Chauvel. Je crois devoir maintenir mes conclusions et conseiller le traitement de ces tumeurs par la désarticulation. J'ai souvenir d'un fait de ma pratique très démonstratif à cet égard ; il s'agissait d'un sarcome de l'extrémité inférieure du cubitus, tout le reste de l'os paraissait sain, et il existait un noyau sarcomateux dans son extrémité supérieure. Je concède que l'on doive faire une incision exploratrice, parce qu'on peut s'être trompé sur la nature de la tumeur ; mais il me paraît bien avéré que, s'il s'agit d'un sarcome, il y a bien lieu de se méfier surtout pour le fémur et de désarticuler.

J'accorde qu'à la mâchoire les lésions sont moins étendues et peut-être moins graves ; mais pour le fémur je n'hésiterais pas. Je crois donc que sans poser les choses d'une manière absolue, c'est une règle presque générale de faire la désarticulation.

M. Marchand. C'est une affaire d'expérience qu'il y a lieu de respecter, puisqu'il paraît démontré que certains de ces sarcomes sont bénins et qu'il n'y a pas lieu de faire plus que l'amputation.

M. Chauvel. Y a-t-il moyen de faire le diagnostic avant l'opération ?

M. Monod. Je dois dire que certaines tumeurs à myéloplaxes ont été déclarées malignes ; il existe un cas de M. Guérin, cité par M. Terrillon, dans lequel il y a eu généralisation d'une tumeur de ce genre.

M. Moty. Dans la tumeur dont j'ai fait l'examen, on avait affaire, suivant les points examinés, à du sarcome fasciculé, à du sarcome à petites cellules et à du sarcome à myéloplaxes.

M. Chauvel. M. Fontorbe a fait le curage des ganglions inguinaux, comme on le pratique à l'aisselle pour le cancer du sein ; c'est une bonne pratique qui ne peut être faite qu'avec la désarticulation.

M. Marchand. Les sarcomes laissent, en général, l'appareil lymphatique indemne ; la généralisation se fait surtout par les veines ; ce ne sont donc pas les lymphatiques qui font l'infection, et il y a lieu de moins pratiquer le curage des ganglions.

Les conclusions du rapport de M. Chauvel sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Phlegmon infectieux sus-hyoïdien. Migration du pus dans le médiastin. Trépanation du sternum, par M. Linon, médecin-major de 1re classe.

(MM. Peyrot, Marchand, commissaires ; M. Kirmisson, rapporteur.)

Présentation de malade.

Arthrite tuberculeuse du poignet traitée par les injections de chlorure de zinc.

M. Quénu. J'ai fait entrer cette malade, âgée de 68 ans, dans mon service à l'hôpital Cochin, le 9 juillet 1891, afin de lui amputer l'avant-bras, pour une tumeur blanche du poignet. Il existait une véritable dislocation des articulations du carpe par destruction des ligaments. Ces différentes jointures étaient remplies de fongosités ; deux trajets fistuleux suppurant abondamment se voyaient à la face dorsale du poignet. Le début de toutes ces lésions remontait à janvier 1890.

Néanmoins, avant d'amputer, j'expérimentai les injections de chlorure de zinc d'après la méthode de Lannelongue.

On fit des injections d'une solution au dixième le 9 juillet 1891, le 25 juillet, le 2 août, le 29 septembre, le 9 octobre, et la dernière en décembre.

Dès le mois d'octobre, la physionomie des lésions fut entièrement modifiée ; le gonflement, la suppuration disparurent ; la cicatrisation complète a été obtenue à la fin de décembre.

Actuellement il n'existe plus trace d'aucune tuméfaction, nulle douleur ; seule la gêne fonctionnelle a persisté ; les doigts et le poignet sont restés raides, et la main évidemment ne sert pas à grand'chose. Il n'en est pas moins intéressant de constater que les lésions tuberculeuses sont entièrement guéries.

Présentation de pièce.

M. Monod présente une première phalange de l'index arrachée avec le tendon du fléchisseur profond dans toute sa longueur.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 25 mai 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Archivio ed atti della Societa italiana di Chirurgia*, 8e année, Rome, 1892 ;

3° *La diphtérie en Belgique, ses causes et sa prophylaxie*, par le Dr Gallez (Mém. de l'Académie royale de médecine de Belgique, Bruxelles, 1892) ;

4° *Une opération de cataracte pratiquée à Tournai en* 1851, par le Dr Deneffe (de Gand), Gand, 1892 ;

5° *Cure radicale des hernies*, par le Dr JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, Paris, 1892.

MM. CHALOT et CAUCHOIS, membres correspondants, assistent à la séance.

Communication.

Résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin dans la fente ptérygo-maxillaire par le procédé de Lossen-H. Braun modifié. Arrachement du nerf sous-orbitaire par le trou sous-orbitaire. Résection du nerf dentaire inférieur et du nerf lingual par trépanation de la mâchoire inférieure. Résection du nerf auriculo-temporal. Le tout, en une séance, « pour une névralgie invétérée du trijumeau droit ». Guérison.

Par M. le docteur V. CHALOT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

OBSERVATION. — Le 17 janvier 1892, j'étais consulté par le sieur Louis C..., âgé de 70 ans, pour une névralgie trifaciale qui datait de plus de vingt ans. Les crises douloureuses, d'abord très espacées et courtes, se renouvellent fréquemment depuis quelques années et ont une durée croissante. L'avant-dernière a persisté douze mois ; la dernière, à peine terminée depuis huit jours, a tourmenté le malade pendant quinze mois. Chaque crise débute toujours par des élancements intolérables, suivant le trajet du nerf dentaire inferieur droit ; puis les douleurs s'irradient, également actives, dans toute la sphère de distribution du nerf maxillaire supérieur droit, ainsi que sur le trajet du nerf auriculo-temporal du même côté. Parfois aussi, le nerf sous-orbitaire et l'œil correspondant deviennent le siège de douleurs très vives. Enfin, mais rarement, le nerf mylo-hyoïdien droit est lui-même envahi. Pendant les crises, le malade ne peut presque plus dormir, ne peut prendre que quelques aliments liquides, et se trouve absolument incapable de quelque travail. Les remèdes les plus variés (chloral, bromure de potassium, valérianate d'ammoniaque, sulfate de quinine, antipyrine, arsenic, iodure de potassium, injections hypodermiques de morphine, vésicatoire, etc.) ne lui ont donné que des soulagements éphémères ou sont restés sans résultat. Il est tellement désespéré de son état qu'il a souvent des idées de suicide.

Je le soumets à un examen et à un interrogatoire minutieux ; il m'est impossible de découvrir la cause de sa névralgie.

Devant l'insuccès avéré de la thérapeutique médicale, je propose au malade la résection des nerfs qui sont le siège de ses terribles douleurs. Mais il préfère attendre quelques jours et voir si la névralgie se manifeste de nouveau.

Il revient, le 21 février, en proie à une crise extrêmement violente,

qui a commencé dix jours auparavant, et il est alors absolument décidé à subir l'opération proposée. Il prend 45 grammes de sulfate de magnésie, le 22 février.

Opération, le 23 février, dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, avec l'assistance de mes internes, MM. Daunie et Soulié, et de mon chef de clinique, M. le Dr Chayon, et devant une trentaine d'élèves. — Anesthésie chloroformique, toilette aseptique, etc.

1° *Mise à nu du pinceau terminal du nerf sous-orbitaire* au devant du trou du même nom, par une incision horizontale de 2 centimètres environ.

2° *Excision du nerf maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin* dans la fente ptérygo-maxillaire. — Je fais d'abord une incision à peu près analogue à celle de Lossen-H. Braun, c'est-à-dire composée de deux incisions : l'une verticale à fond, qui commence à 4 millimètres environ du rebord orbitaire à la hauteur de l'angle palpébral externe et descend jusque sous le bord inférieur de l'os malaire, en arrière du tubercule malaire ; l'autre, presque horizontale, qui se porte en arrière jusqu'à la base de l'apophyse zygomatique du temporal, mais qui comprend seulement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le prolongement latéral de l'aponévrose épicranienne. Hémostase de plusieurs rameaux artériels par la forcipressure. — J'entame la face antérieure du corps de l'os malaire, dans le sens de l'incision verticale, avec une scie passe-partout d'Ollier ; puis j'achève la diérèse osseuse avec le ciseau. Je renverse le segment malaire en arrière et en bas en fracturant l'arcade zygomatique ; la fosse zygomato-maxillaire, peu pourvue de graisse, est aussitôt à nu ; hémorragie insignifiante. Sans qu'un aide soit obligé de refouler en arrière, avec un crochet mousse, l'insertion du muscle temporal pour dégager le fond de la fosse, je reconnais facilement, avec une sonde cannelée ordinaire, derrière la tubérosité maxillaire, au niveau du bord orbitaire inférieur, la partie large ou supérieure de la fente ptérygo-maxillaire. Je dissèque délicatement cette fente du haut en bas, *lie l'artère maxillaire interne*, très nette entre la tubérosité maxillaire et le muscle ptérygoïdien externe ; puis, avec la sonde cannelée, à la partie la plus élevée et la plus profonde de la fente ptérygo-maxillaire, je *trouve* distinctement le nerf maxillaire supérieur sous forme d'un cordon transversal d'arrêt. Je le charge directement avec un crochet mousse à strabotomie et l'attire en dehors et en avant : je le vois alors et fais voir ainsi que le ganglion de meckel à tous ceux qui assistent à l'opération. Jusqu'à ce moment, le champ opératoire est parfaitement sec et l'on distingue très bien tous les tissus. Je saisis le nerf, au niveau du ganglion, avec une pince à mors très longs et très fins, et le divise en avant et en arrière du ganglion, en deux coups de ténotome pointu, et arrache le segment ainsi délimité ; aussitôt de la profondeur de la fente sort une quantité abondante de sang veineux, que j'arrête, du reste, facilement en quelques cinq minutes, par le tamponnement de la fosse zygomato-maxillaire à la gaze iodoformée. Néanmoins, quand je crois l'écoulement

arrêté, je laisse ensuite la cavité traumatique se remplir de sang par suintement, afin de la combler. L'hémostase terminée, je relève le lambeau ostéoplastique et le suture complètement sans drainage aux parties environnantes par des points purement cutanés.

3° *Arrachement du nerf sous-orbitaire,* au moyen d'une pince enroulée sur son expansion terminale. Fermeture de la petite plaie sous-orbitaire par quelques points de suture.

4° *Résection du nerf dentaire inférieur et du nerf lingual.* — Je fais une incision courbe de 3 centimètres, dont le milieu correspond à l'angle de la mâchoire je dénude avec la rugine la face externe du maxillaire, puis, pendant qu'un aide écarte les lèvres de la plaie, j'applique une couronne de trépan de 1 centimètre à 1 centimètre et demi au-dessus de l'angle de la mâchoire. Je m'arrête dès que la couronne a pénétré à une profondeur de 3 millimètres environ ; j'érecte la rondelle et remarque, à la face profonde de celle-ci, un sillon qui n'est que la moitié externe du canal dentaire. Du sang artériel en petite quantité, sans jet, s'écoule de l'ouverture ; compression momentanée avec un bouchon de gaze iodoformée. Quand ce bouchon est retiré, je constate, au fond de la plaie, le nerf dentaire couché dans la gouttière, formée maintenant par le canal du même nom ; mais je constate aussi avec la sonde cannelée que le nerf a été sectionné du côté central avec la couronne du trépan. Je saisis le tronçon périphérique avec une forte pince et cherche à arracher la partie intra-osseuse ; un bout de 2 centimètres environ suit la pince. Avec une curette, je fais sauter la table interne qui constitue le fond de la perte de substance. Impossible de voir le nerf lingual. Je le *pêche* en quelque sorte au voisinage immédiat de la perforation à l'aide d'un crochet mousse, et réussis à le charger *du premier coup,* un peu en avant et en haut, à une profondeur sous-osseuse de 3 millimètres environ. J'en résèque au moins 3 centimètres, après l'avoir attiré fortement en dehors par la perforation. — Suture totale de la plaie cutanée.

5° *Résection du nerf auriculo-temporal.* — Par une incision analogue à celle qu'on fait pour la ligature de l'artère temporale superficielle à la base du tragus, je découvre le nerf auriculo-temporal, et le trouve facilement sous la peau en dehors de l'artère. J'en résèque environ 2 centimètres et demi, après l'avoir attiré fortement vers l'extérieur. Suture totale de la plaie préauriculaire.

Durée totale de l'opération : 55 minutes. Perte totale du sang : environ 100 grammes. — Lorsque le malade est bien réveillé, je constate l'anesthésie absolue de toute la région sous-orbitaire, de toute la région mentonnière droite, de la moitié droite des lèvres, des arcades dentaires correspondantes, de la moitié droite des deux tiers antérieurs de la langue, de la moitié droite du palais, de la fosse nasale droite, enfin de la partie supérieure de la tempe droite. Pansement iodoformé, régime liquide.

Suites opératoires excellentes, si bien que les points sont tous enlevés le huitième jour et que le malade quitte l'hôpital le douzième jour

après l'opération. Les plaies se sont réunies par première intention. Les douleurs ont cessé immédiatement après l'opération. Enfin, les mouvements de la mâchoire sont peu douloureux, et l'os malaire paraît en voie de consolidation.

J'ai eu des nouvelles de mon opéré le 20 avril 1892. Il va tout à fait bien et mange sans la moindre gêne, comme il le faisait jadis.

Considérations. — L'observation que je viens de rapporter s'ajoute aux trois autres analogues que mon distingué collègue, le Dr Segond, a fait connaître au Congrès français de chirurgie de 1890. Je ne sache pas qu'aucune autre ait été publiée depuis lors en France. A ce titre, elle aura donc déjà quelque intérêt. Quatorze autres opérations semblables ont été faites à l'étranger, d'après les documents publiés jusqu'à la fin de 1890.

Mais en lui donnant le jour, j'ai eu surtout pour but de démontrer : 1° que le procédé de Lossen-H. Braun, complété par moi et tel que je l'ai décrit dans la première édition de mes *Nouveaux éléments de chirurgie opératoire* (1886), est un procédé *clinique* et qu'il permet la résection du nerf maxillaire supérieur dans la fente ptérygo-maxillaire aussi simplement et aussi sûrement que celui plus récent de Segond, — remarque qui n'enlève certes rien à la valeur de son travail ; 2° que cette résection, quel que soit le manuel opératoire adopté pour le temps final, n'est pas aussi difficile ni aussi grave qu'on le croirait de prime-abord ; 3° qu'elle n'entraîne point de trouble fonctionnel ; 4° qu'elle mérite d'être plus connue et d'être substituée au procédé traumaxillaire de Carnochan ; 5° que la trépanation faite pour la résection du nerf dentaire inférieur, au-dessus de l'angle de la mâchoire, rend possibles la découverte et la résection du nerf lingual.

Quant au résultat thérapeutique, je puis affirmer que le malade a été immédiatement débarrassé de ses affreuses douleurs et que le calme persiste depuis deux mois. L'exérèse a été aussi large que possible et a porté sur tous les troncs nerveux qui étaient le siège habituel et principal de la névralgie ; il y a, par conséquent, lieu de compter sur un succès définitif. Mais l'expérience clinique nous enseigne tous les jours, depuis longtemps, combien il faut être réservé à cet égard.

Discussion.

M. Segond. Il me paraît inutile de revenir sur la question du manuel opératoire que j'ai décrit pour la résection du nerf maxillaire supérieur avec ablation du ganglion sphéno-palatin ; j'ai fait l'opération quatre fois par ce procédé. Je rappelle seulement que le nerf est tout à fait difficile à découvrir au fond de la fente ptérygo-maxillaire.

Je désire appeler l'attention sur les résultats éloignés observés chez mes opérés. Sur mes trois premiers malades, une femme est restée guérie pendant un an ; au bout de ce temps, elle a eu une récidive de douleurs et elle s'est suicidée en se précipitant d'une fenêtre d'un cinquième étage ; le second a recommencé à souffrir au bout de quinze mois ; le troisième est resté guéri. Le quatrième est encore sans douleurs ; mais son opération ne date que d'un an, et je ne sais ce que l'avenir lui réserve. Tels sont les résultats thérapeutiques que j'ai obtenus et qu'il m'a paru intéressant de faire connaître à propos de l'observation de notre collègue M. Chalot.

M. Quénu. A cette occasion, je rapporterai l'observation d'une névralgie du maxillaire inférieur que j'ai opérée par le procédé de Horsley.

M. Chalot. Les difficultés opératoires peuvent être considérables, surtout dans les cas où l'on rencontre une fente ptérygo-maxillaire très étroite ; cette disposition peut être vue même dans la race blanche ; d'après Scriba, elle est ordinaire dans la race caucasique. Pour aborder le nerf, cet auteur a conseillé d'abattre la tubérosité maxillaire.

Communication.

Sur la difficulté, dans certains cas, du diagnostic différentiel de l'ascite et des kystes de l'ovaire,

Par M. Monod.

Le diagnostic différentiel de l'ascite et de certains kystes de l'ovaire présente parfois de sérieuses difficultés ; je n'en veux pour preuve que le fait suivant, où à l'erreur commise il est possible de trouver des circonstances atténuantes.

Une malade de mon service, âgée de 40 ans, à laquelle en mon absence (fin mai 1891) mon collègue M. Ricard avait fait une hystérectomie vaginale totale pour cancer utérin, rentrait à l'hôpital au mois d'août suivant, avec le ventre gros, manifestement distendu par du liquide. M. Ricard, croyant à une ascite, lui fit une première ponction, qui donna issue à un liquide colloïde épais, s'écoulant très difficilement. On en recueillit trois cuvettes environ dans l'espace de quatre heures.

La malade sortit de l'hôpital pour n'y rentrer qu'en octobre. J'avais alors repris mon service. Je crus moi aussi à une récidive

péritonéale avec ascite, et me contentai de faire une nouvelle ponction qui eut le même résultat que la première.

Le ventre ne tarda pas à se tuméfier de nouveau. Pour savoir exactement ce qu'il en était, et dans l'espoir qu'une intervention radicale pourrait rendre service à la malade, je proposai une laparotomie qui fut acceptée et pratiquée le 31 octobre. Le liquide écoulé, je constatai que tout le fond du petit bassin était couvert de végétations sessiles inopérables, et je refermai le ventre, plus convaincu que jamais que j'avais affaire à une généralisation cancéreuse dans le péritoine. J'étais d'autant plus autorisé à le croire qu'ayant fait soumettre à l'examen histologique un fragment de la paroi, réséqué à cet effet, il me fut répondu qu'il s'agissait bien d'un tissu néoplasique, ayant les apparences du carcinome.

Le liquide cette fois se reproduisit un peu moins vite, ce ne fut qu'à la fin de décembre qu'une nouvelle ponction fut nécessaire. Mais depuis lors les ponctions se succèdent très rapidement, toutes les trois semaines d'abord, puis tous les quinze jours; dans les derniers temps c'est à peine si la malade avait huit jours de bien-être.

Le liquide était tellement épais que l'on était obligé de se servir du gros trocart employé dans les ovariotomies, que l'on enfonçait après avoir sectionné la peau au bistouri; il fallait de plus avoir recours à l'aspiration.

La quantité de liquide retiré à chaque ponction allait croissant; d'abord de 10 litres, elle s'élevait à 15 et 18 litres.

Le ventre vidé, on pouvait sentir dans le petit bassin des masses arrondies, dures, qui confirmaient l'idée d'une généralisation cancéreuse.

Mon excellent collègue M. Terrier, consulté entre temps par la malade, crut pouvoir porter le diagnostic de kyste de l'ovaire et me fit part de son impression.

Fort étonné, mais non convaincu, je fis encore deux ou trois ponctions. La malade refusait d'ailleurs toute nouvelle intervention.

Frappé cependant de ce fait que malgré un amaigrissement réel, cette femme ne présentait pas l'aspect cachectique des cancéreux; impressionné d'autre part par l'avis de M. Terrier, je résolus d'en avoir le cœur net, et insistai auprès de ma malade, pour qu'elle acceptât une nouvelle laparotomie.

Très découragée elle-même par le retour de la tuméfaction qui reparaissait à des intervalles de plus en plus rapprochés elle se résigna facilement.

L'opération a été pratiquée hier. Malgré la plus grande attention apportée à l'incision, je ne rencontre rien qui ressemble à

une paroi kystique, et tombe d'emblée, pour ainsi dire, dans la cavité qui contient le liquide, et qui semble n'être autre que la cavité péritonéale.

La main introduite se perd en effet tout entière dans un vaste espace non cloisonné, à la partie inférieure duquel on retrouve comme la première fois de grosses végétations sessiles qui remplissent le petit bassin. Toute la surface interne de la cavité est parsemée de végétations semblables plus petites.

Cependant, en remontant jusqu'à l'épigastre, je n'avais nulle part la notion précise de contact direct de l'intestin. De plus, il semble qu'en cette région on arrive à saisir entre les doigts une sorte de membrane se repliant quand on l'attire, et que ce pli peut être attiré vers les lèvres de la plaie abdominale.

Il y en avait assez pour me porter à examiner à nouveau et de plus près la tranche de mon incision abdominale. Ce ne fut qu'avec beaucoup de peine, et après avoir fait deux ou trois fois fausse route que je parvins à séparer sur un point de la lèvre gauche de la plaie un feuillet isolé, au-dessous duquel je constate la présence du péritoine, auquel il adhérait intimement.

L'amorce faite, je poussai la décortication plus loin; plus j'avançais, plus elle devenait facile; je pénétrai ainsi jusqu'au fond du petit bassin, en arrière et au-dessous des tumeurs sessiles susdécrites, puis remontant du côté opposé, je dégageai toute la moitié droite de la tumeur fortement adhérente, elle aussi, à la paroi abdominale, comme à gauche, puis son segment supérieur, qui adhérait à l'épiploon sur une assez grande étendue.

Bref, je parvins ainsi à isoler une énorme poche kystique que j'amenai entre les lèvres de la plaie; elle n'était plus retenue que par son pédicule.

Celui-ci fut assez difficile à lier. Large d'environ 7 à 8 centimètres, mais peu épais, il s'étend transversalement dans le petit bassin, à droite de la ligne médiane. Il ne se laisse aucunement attirer en dehors, maintenu qu'il est au niveau de la cicatrice résultant de l'ablation de l'utérus faite antérieurement. Je dus poser un clamp au fond du petit bassin à bout de doigt, sans voir ce que je faisais. La pince serrée et la tumeur enlevée, je liai sans peine en deux moitiés les parties saisies entre les mors de l'instrument.

Je mets sous vos yeux la tumeur enlevée. Elle présente des dimensions considérables; son diamètre après le retrait qui a suivi l'évacuation du liquide est encore de 40 centimètres. Vous remarquerez que le kyste est absolument uniloculaire, ce qui favorisait l'erreur de diagnostic. Sa surface interne est couverte de végétations sessiles qui, à la partie inférieure, atteignent la grosseur

d'une petite orange, mais sont de dimensions beaucoup moindres dans le reste de son étendue.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. La température vaginale s'est élevée, le second jour, à 38°, pour retomber de suite à 37°,5. Les points de suture ont été enlevés le huitième jour. La malade aujourd'hui, quinze jours après l'opération, peut être considérée comme guérie.

Ce fait intéressant porte avec lui son enseignement. Je crois que j'aurais pu éviter l'erreur que j'ai commise si, moins préoccupé de l'idée d'une généralisation chez une malade opérée d'un cancer, et en dépit d'un examen histologique trompeur, je m'étais davantage arrêté à cette notion que le liquide épais, colloïde, retiré par ponction, ne présentait pas les caractères ordinaires des liquides ascitiques, mais bien ceux du contenu de certains kystes de l'ovaire.

Je serais heureux si M. Terrier voulait bien nous dire sur quelles bases il s'est appuyé pour établir le diagnostic exact porté par lui.

Discussion.

M. Bouilly. J'ai malheureusement observé un nombre assez considérable de récidives de cancer utérin après l'hystérectomie vaginale totale ; je n'ai jamais vu, dans ces cas, se développer d'ascite et surtout une ascite abondante comme le liquide signalé par M. Monod. Dans les récidives de ce cancer, la lésion recommence dans le petit bassin, dans les ligaments larges et à leur voisinage, et le péritoine se ferme plutôt qu'il ne sécrète. Il ne se fait rien de comparable à ce qu'on observe dans les généralisations ou mieux dans les greffes à distance qui se font dans les kystes proliférants de l'ovaire, où l'on trouve des noyaux dans l'épiploon et des végétations à la surface de l'intestin ; dans ces cas, le péritoine sécrète une quantité considérable d'ascite qui peut être le premier signe de ces tumeurs. Mais la récidive du cancer utérin ne se manifeste à aucun moment de cette façon.

M. Terrier. Pour faire ce diagnostic, je me suis d'abord appuyé sur la même opinion que vient d'émettre M. Bouilly, à savoir la rareté tout à fait exceptionnelle de l'ascite dans les récidives du cancer utérin. Ensuite et surtout, j'ai tiré des arguments de première valeur en faveur du kyste du caractère du liquide qui était visqueux, difficile à évacuer par la ponction, se rapprochant tout à fait de l'aspect ordinaire des liquides kystiques. En outre, l'examen direct de la tumeur donnait plutôt l'idée d'un kyste que celle d'une ascite, bien qu'il fût impossible d'en fournir des signes absolument certains.

Le fait de M. Monod n'est pas exceptionnel ; il m'est arrivé de prendre un kyste pour une ascite et réciproquement, même après ouverture de l'abdomen, et de ne pouvoir me rendre un compte exact des choses qu'après un examen minutieux pour la recherche de l'intestin.

Dans ce cas particulier, l'erreur aurait peut-être pu être évitée par l'examen chimique du liquide, bien que ce liquide ne puisse toujours être déterminé d'une façon absolument caractéristique.

M. Polaillon. Je puis rapporter un fait à peu près analogue : il s'agit d'une jeune fille d'une vingtaine d'années ayant un ventre excessivement développé, et atteinte en même temps de tuberculose mammaire avec abcès et fistules. Il s'agissait surtout de savoir si ce ventre renfermait un kyste ou de l'ascite. Au point de vue des signes, la distension était surtout marquée dans la partie supérieure de l'abdomen, et l'ombilic était très éloigné de la pointe du sternum. Or, dans l'ascite, le ventre se développe surtout en haut ; dans les kystes, il se développe surtout en bas. Dans ce cas particulier, l'examen de ce signe était en faveur de l'ascite ; une ponction ramena un liquide brunâtre qui n'était pas un liquide ascitique et que l'examen chimique démontra ne pas être de la sérosité péritonéale.

Je pensai donc que c'était un kyste adhérent en haut, et je me décidai à faire l'ovariotomie. Après l'incision de l'abdomen, je vis que la paroi kystique était tout à fait fusionnée à la paroi abdominale ; par l'ouverture agrandie, je mis la main dans le kyste et je pus m'assurer que toute sa paroi postérieure était également adhérente au niveau du bassin et dans la région postérieure de l'abdomen. Je renonçai à l'idée d'enlever la tumeur en totalité ; j'en fis la *marsupialisation* et je bourrai la cavité avec de la gaze iodoformée. La malade va bien et est en voie de guérison. Le kyste était uniloculaire, circonstance favorable pour ce genre de traitement.

M. Routier. J'ai vu, il y a quelques jours, un cas qui peut se rapprocher de celui de M. Monod. Il s'agit d'une malade vue à divers intervalles par Courty, Spencer Wells et M. Saboia (de Rio-Janeiro), qui avaient diagnostiqué un fibrome et déconseillé toute espèce d'intervention. Dans ces dernières années, le ventre augmenta beaucoup, et un médecin y fit des ponctions qui ramenèrent 25 litres, 15 litres, 18 litres de liquide. A la sixième ponction, ce médecin injecta dans l'abdomen 1 litre d'une solution iodée. Il s'ensuivit une péritonite suraiguë avec des accidents formidables qui mirent la malade à deux doigts de sa perte. Néanmoins, deux

mois après, le liquide s'était reproduit, et on refit une ponction et une injection avec un quart de litre de solution iodée.

La malade vint me retrouver plus tard avec un ventre énorme et très difficile à examiner. Malgré toutes les réserves que m'imposaient les diagnostics antérieurs, en présence de la gravité actuelle de la situation, je pensai qu'il fallait intervenir, et j'ai opéré cette malade il y a huit jours. Après l'incision des parties molles, je trouvai un liquide filant, café au lait foncé; en agrandissant l'incision, il me semblait que j'avais ouvert une grande poche dans un kyste multiloculaire, et je me mis avec grand'peine à décoller une paroi qui me paraissait être celle du kyste et qui n'était autre que le péritoine. A côté, cependant, j'ai pu enlever un vrai kyste simple, dont l'ablation aurait été plus facile sans toutes ces complications; il s'agissait donc d'une énorme ascite au fond de laquelle il y avait un kyste de l'ovaire. Les intestins étaient tout à fait séparés et enfermés sous une membrane épaisse de nouvelle formation due sans doute à l'injection iodée.

M. L.-Championnière. Il y a quelques années, rien ne semblait plus facile que de faire le diagnostic différentiel de l'ascite et du kyste de l'ovaire. Nous savons aujourd'hui que ce diagnostic peut être difficile, même après ouverture de l'abdomen. Dans les cas compliqués, il peut être impossible de faire un diagnostic ferme, et la nécessité d'une intervention fait l'indication opératoire plutôt que le diagnostic exact de la lésion. Il est utile de montrer ces erreurs de diagnostic, qui sont fatales, presque nécessaires, et qui se reproduiront malgré toute l'expérience des observateurs.

Communication.

Amputation tibio-tarsienne pratiquée en 1886; *moulage du moignon*; par M. Lecerf (de Valenciennes) (MM. Tillaux, Marchand, commissaires; Berger, rapporteur).

Présentation de malades.

M. Jalaguier présente deux enfants opérés d'appendicite.

1° *Appendicite à répétition. Résection de l'appendice pendant une période de calme.*

Vous vous rappelez, sans doute, que dans la séance du 2 mai dernier, je vous ai montré un appendice vermiforme contenant un

corps étranger et enlevé par la laparotomie. Je vous présente aujourd'hui le malade, vigoureux garçon de 14 ans et demi. Depuis l'opération, l'état de l'enfant s'est maintenu excellent ; il n'éprouve plus aucune douleur, et ses fonctions intestinales s'accomplissent avec une régularité parfaite. La cicatrice paraît devoir être solide ; par précaution cependant je fais porter une ceinture en tissu élastique.

2° *Péritonite purulente généralisée par perforation de l'appendice iléo-cæcal. Laparotomie médiane le 5e jour. Lavage du péritoine. Drainage. Guérison.*

Ce second malade est un enfant de 10 ans et demi qui, après deux légères attaques d'appendicite, l'une au mois d'octobre 1891, l'autre au mois de février 1892, fut pris d'accidents graves le 21 mars 1892. Il entra le 24 mars dans le service de M. Legroux, qui me fit appeler le 25, à onze heures du matin. Le diagnostic de péritonite généralisée ne faisait pas de doute : vomissements incessants ; ventre uniformément ballonné et très douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche, point par lequel avaient débuté les douleurs. Faciès grippé ; pouls, 120 ; température, 38°,5.

J'intervins immédiatement. Incision médiane sous-ombilicale ; le péritoine fut assez malaisé à ouvrir à cause d'une persistance de l'ouraque qui, une fois reconnu, dût être rejeté sur le côté. L'intestin baignait dans le pus, qui était accumulé en foyers dans les fosses iliaques, dans le petit bassin, entre les anses intestinales et entre les anses et l'épiploon. Des fausses membranes concrètes adhéraient à l'intestin et à l'épiploon. Un foyer plus considérable que les autres, renfermant un pus infect, siégeait au-dessous du cæcum ; le lavage en fit sortir une boulette fécale jaunâtre, grosse comme un pois, d'une consistance semblable à celle du mastic.

Le cæcum étant collé à la fosse iliaque, je ne cherchai pas à l'amener au dehors pour réséquer l'appendice. Je fis avec la solution boriquée chaude un lavage complet de toute la cavité abdominale, puis j'établis un large drainage au moyen de cinq gros tubes placés deux au-dessous du cæcum, deux dans l'excavation pelvienne, un dans la fosse iliaque gauche. De plus, j'enfonçai entre les anses intestinales plusieurs bandes de gaze salolée. La plaie fut suturée dans ses trois quarts supérieurs. Pansement au salol.

L'opération, pansement compris, n'avait pas duré plus de vingt minutes.

Les suites furent bonnes ; les vomissements ne reparurent pas ; l'enfant eut une garde-robe spontanée pendant la nuit. Les pièces

superficielles du pansement furent changées le deuxième jour. Les bandes de gaze salolée furent enlevées le sixième jour; le dixième jour, les drains furent supprimés, à l'exception d'un tube pelvien qui resta en place jusqu'au vingt-cinquième jour. A aucun moment il ne s'écoula de matières intestinales. Le 4 mai, l'enfant était guéri ; il quittait l'hôpital le 14 mai, et vous pouvez constater que son état de santé est, aujourd'hui, aussi satisfaisant que possible.

Présentation de pièces.

I. — *Volumineux lipome de l'abdomen enlevé par la laparotomie.*

M. Peyrot. Je présente un énorme lipome ou peut-être myxo-lipome ou sarco-lipome que j'ai enlevé samedi dernier chez une femme par la laparotomie ; cette tumeur remplissait le ventre et pesait 9k,880 grammes au moment de son ablation. Je l'avais prise pour un kyste multiloculaire de l'ovaire. A l'incision de l'abdomen, je trouve une tumeur rosée, blanche par places, indépendante de l'utérus et des ovaires; une ouverture de 24 centimètres me permit de l'extraire et de reconnaître qu'elle était insérée au-dessous de l'estomac ; elle avait pris naissance dans l'épiploon gastro-hépatique qui a dû être enlevé. La petite courbure de l'estomac et une partie du duodénum se trouvèrent alors dépourvues de péritoine ; deux grosses masses lipomateuses pénétraient dans l'arrière-cavité des épiploons. L'ensemble de la tumeur fut énucléée assez facilement. Il restait sur la face antérieure de l'estomac un petit lipome qui n'a pas été enlevé.

Actuellement, la malade va bien.

Discussion.

M. Terrillon. J'ai opéré une tumeur solide pesant 52 livres qui avait pris naissance dans le mésentère. Ces tumeurs ne sont pas des lipomes, mais de vrais sarcomes.

II. — *Ostéo-sarcome pulsatile du fémur gauche. Amputation de la cuisse à la partie moyenne. Guérison datant de deux ans.*

M. Marchand. La malade à laquelle j'ai fait allusion dans la séance dernière, était une femme de 30 ans, mère de deux enfants.

Le dernier accouchement eut lieu le 6 juillet 1889. Ce fut pendant la grossesse que la malade ressentit la première atteinte de

son mal, sous la forme d'une douleur, siégeant au niveau du genou gauche, à la partie interne de l'articulation.

Au mois de septembre je la vis en consultation, et ne constatai rien d'anormal dans l'articulation douloureuse si ce n'est pourtant que la douleur était profonde, et se manifestait au niveau de la partie moyenne du condyle interne.

Une pression un peu forte exercée à ce niveau l'exaspérait. Mais, je le répète, l'articulation ne présentait rien d'anormal ni dans sa forme, ni dans l'étendue de ses mouvements.

Le diagnostic n'était guère possible dans l'espèce. Je crus à un foyer d'ostéite épiphysaire, peut-être d'un abcès intra-osseux.

Je perdis la malade de vue et ne la revis que le 16 mai 1890. Voici ce qui s'était passé. La malade avait suivi d'abord le traitement que je lui avais conseillé sans grands résultats (iodure de potassium, pointes de feu).

Le genou était progressivement devenu moins solide et se fléchissait à tout propos. Le 14 novembre 1889, elle fit une chute sur le genou; elle perçut une vive douleur avec sensation nette d'un craquement ou d'une déchirure.

L'articulation subit un gonflement assez considérable, et la marche était devenue tout à fait impossible, elle entra dans une maison de santé où elle resta jusqu'au jour où épuisée de souffrance et à bout de ressources, je l'admis à l'hôpital Saint-Antoine (16 mai 1890).

Elle était très notablement amaigrie et anémiée, et se plaignait de douleurs incessantes qui ne lui laissaient presque aucun répit.

L'articulation du genou gauche avait subi une notable augmentation de volume qui portait surtout sur la région interne. L'examen révélait que cette tuméfaction était développée surtout aux dépens du condyle. On ne sentait plus à son niveau la résistance de l'os normal mais au contraire une sorte d'empâtement profond et résistant. C'est en déprimant la portion à ce niveau que je constatai d'abord une certaine dépressibilité, puis des battements très manifestes. La main était soulevée comme par un anévrysme profond. Lorsque mon attention fut appelée sur ce point, je pus constater *de visu* un léger soulèvement de la région, coïncidant avec la diastole artérielle. Ces soulèvements purent être amplifiés à l'aide du sphygmographe et enregistrés.

Le tracé montre une ligne d'ascension assez oblique avec une ou deux encoches vers le tiers supérieur, puis un plateau assez large, et enfin une ligne de descente très oblique. Si l'on comprimait l'artère fémorale, les battements cessaient; la tumeur diminuait notablement de volume, et perdait cette tension rénitente qui remplaçait la sensation nette de l'os.

La peau était légèrement œdémateuse et confondue avec la couche sous-jacente. Il était facile de s'assurer que son adhérence ne tenait pas à un envahissement néoplasique de sa face profonde, mais bien à une sorte d'engorgement inflammatoire des tissus qui la doublent, semblable en tout point à celui qui s'observe dans les arthrites fongueuses à marche lente.

L'articulation elle-même semblait intacte, car ses mouvements étaient conservés, bien que limités par la douleur qu'ils déterminaient et la tension des ligaments internes.

Les souffrances de la malade étaient fort vives, revêtant parfois le caractère lancinant. Elles étaient toujours fort exaspérées par l'époque menstruelle.

Le diagnostic s'imposait; il ne pouvait s'agir dans l'espèce que d'un sarcôme qui primitivement central, s'était peu à peu rapproché de la périphérie, avait détruit la couche corticale du condyle et avait en même temps déterminé par épaississement du périoste la formation d'une coque fibreuse qui la limitait.

Je fis transporter la malade à l'hôpital Saint-Louis, dans mon service actuel, les premiers jours du mois d'avril. Après quelques hésitations, elle consentit à subir le seul traitement que je pusse lui proposer.

Comme je prévoyais la variété du sarcome, variété sur la bénignité relative de laquelle la plupart des nosographes sont unanimes, je pratiquai l'amputation de la cuisse à la partie moyenne, le 10 avril. Cette dernière ne présenta rien de particulier, si ce n'cst un développement anormal du système vasculaire du membre. De très nombreuses ligatures durent être appliquées sur des vaisseaux dilatés. Les suites furent des plus simples puisque la réunion par première intention fut obtenue d'une façon presque idéale. La température resta absolument normale; le degré le plus élevé fut de 37°,8 le onzième jour, où les sutures profondes furent enlevées. L'extrémité inférieure du fémur dont la totalité était transformée en un tissu excessivement mou, fortement mêlé de sang extravasé, ressemblait plus à une bouillie sanglante qu'à un véritable tissu pathologique.

Cette masse était entourée d'une capsule complète représentée en dedans par le périoste épaissi du condyle interne, ou tout au moins par une membrane fibreuse très épaisse, très dense se continuant avec le périoste de la diaphyse, ou bien s'arrêtant au niveau de l'insertion du cartilage diaphysaire.

Ce dernier, ceux du condyle et de la trochlée, étaient sains d'apparence, peut-être un peu amincis, mais leur continuité était parfaite, et nulle part ils ne laissaient un passage si étroit qu'il fût vers la cavité articulaire.

En dedans se montraient les débris du tissus spongieux du condyle interne; le tissu pathologique restait distant de 2 centimètres environ de la face externe du condyle. Le canal médullaire était oblitéré par une couche densifiée du tissu spongieux, mais non absolument clos par une lamelle compacte.

La moelle diaphysaire était assez vasculaire, mais ne différait que peu de ce qu'elle est à l'état normal, chez un jeune sujet.

L'examen histologique démontra que la partie centrale du néoplasme était constituée par du sarcome myélogène, avec vaisseaux capillaires énormes et rompus par places.

A la périphérie, les vaisseaux plus rares étaient entourés d'éléments fuso-cellulaires constituant une couche assez résistante. Aussi de ce côté le tissu était-il compact ne présentant aucune trace de ramollissement ni d'altération vasculaire.

Nous avions donc eu affaire à un sarcome myélogène presque pur; ce dernier avait évolué relativement vite (13 mois) activé peut-être dans son évolution par la grossesse et l'accouchement. Bien que j'aie dû rappeler que si les premiers accidents douloureux étaient rapportés par la malade à cette dernière période, pourtant les accidents sérieux n'ont débuté que longtemps après l'accouchement (avril-novembre).

Cette observation ne doit que confirmer en réalité la bénignité relative des tumeurs myéloïdes, admise encore aujourd'hui par la pluralité des chirurgiens.

Discussion.

M. Quénu. A propos des rapports des tumeurs et de la grossesse, il ne me paraît pas possible de dire autre chose que la grossesse accélère le développement des tumeurs; c'est un fait connu et banal.

J'ai été étonné d'entendre ajouter tant d'importance à la nature histologique des tumeurs au point de vue de l'intervention; le point important est de savoir dans quelle limite les parties molles sont envahies; car c'est souvent par les muscles que se fait la généralisation. Les sarcomes myéloïdes sont peut-être plus bénins parce qu'ils sont longtemps renfermés dans le canal médullaire. L'incision exploratrice n'a aucune valeur; les sarcomes fibro-plastiques se généralisent beaucoup plus et beaucoup plus souvent que les autres.

M. Moty. Le développement de la tumeur me semble avoir beaucoup plus d'importance que sa nature; je connais l'observation d'un malade amputé pour une tumeur pulsatile et mort trois ans plus tard de généralisation.

M. MARCHAND. J'ai aussi observé de ces faits et j'ai souvenir d'un malade amputé par Broca qui mourut rapidement d'une généralisation pleuro-pulmonaire avant la guerison de sa plaie d'amputation.

III. — *Extirpation par la bouche d'un kyste dermoïde médian. Réunion par première intention.*

M. QUÉNU. Je présente ce kyste dermoïde du plancher de la bouche, afin de réhabiliter la voie buccale délaissée par un certain nombre de nos collègues et en particulier par MM. Reclus et G. Marchant.

J'ai fait cette extirpation chez une jeune fille de 22 ans, au dispensaire Pereire, le 5 mai dernier. La tumeur s'était développée à l'âge de 16 ans avec assez de rapidité.

A cette époque, la malade consulta M. Labbé, à l'hôpital Beaujon. M. Labbé l'aurait traitée par l'incision et le drainage. La guérison fut obtenue en dix-neuf jours, elle se maintint cinq années, puis il y a près d'un an, cette jeune fille s'aperçut de la reproduction de sa tumeur : à peine gênante d'abord, celle-ci s'est accrue depuis quelques semaines au point de déterminer divers troubles fonctionnels ; tels qu'une gêne de la déglutition et de la respiration, principalement la nuit.

En outre (et c'est un fait intéressant à signaler et à rattacher de ce qui s'observe dans d'autres affections de la langue), la malade se plaint de douleurs d'oreilles ; or, ces douleurs ne s'expliquent par aucune altération de la caisse ou du conduit auditif externe ainsi qu'on a pu s'en assurer par un examen spécial.

La tumeur a le volume d'un gros œuf de poule, elle siège exactement sur la ligne médiane et refoule la langue en arrière. Elle fait franchement saillie dans la bouche, recouverte muqueusement par la muqueuse buccale qui glisse sur elle. Les orifices des conduits de Wharton sont écartés et non déviés. Le kyste est distendu, résistant, d'une coloration jaunâtre. Nous portons le diagnostic de kyste dermoïde.

Après avoir insensibilisé la région avec de la cocaïne, nous pratiquons une incision médiane, puis nous retirons par ponction environ 20 grammes d'un liquide clair, séreux ; une pince américaine bouche le petit orifice du fin trocart, puis on énuclée la tumeur avec assez de facilité, après avoir pris la précaution de se rapprocher le plus possible de sa paroi ; l'extrémité de la tumeur écartait les deux génio-hyoïdiens. 4 points de suture à la soie dont 2 profonds réunirent complètement, sans drainage, la cavité résultant de l'extirpation.

Le 2e jour, il survient un peu de gonflement douloureux de la région; le 5e jour les fils furent enlevés, la réunion était complète. La malade a été revue huit jours après parfaitement guérie.

Les observations de kystes dermoïdes médians deviennent de plus en plus fréquentes.

M. Caze, tout dernièrement, en a réuni 46 dans sa thèse inaugurale: or, il est curieux de constater que si l'extirpation par la voie buccale a été communément appliquée (24 fois d'après cette statistique), la réunion par première intention a été rarement cherchée. Nous ne la voyons obtenue que dans les observations de Gerster (*N. Y. méd. Journ.*, 1883) et de Wright (*Medical record.*, 1885).

Verneuil (Ch. Caze), Desprès (*Soc. anat.*, 1881), Combalat (*Soc. chir.*, 1881), Gross (Ch. Pillon, Nancy, 1883), etc., ont laissé la cavité plus ou moins ouverte, la drainant ou la remplissant de bourdonnets; cette pratique ne les a pas toujours mis à l'abri des accidents infectieux, témoin l'observation de Schmitt (*Arch. de méd.* et *Pharmacie militaire*, 1891) où il y eut de la lymphangite.

En somme, si la bouche est propre, s'il n'y a pas trop de mauvaises dents ou si on a le temps de les faire soigner et de réaliser l'antisepsie buccale, nous conseillons l'extirpation par la voie buccale des kystes qui font une saillie de ce côté. Il faut éviter de crever le kyste et bien faire la toilette de la zone opératoire, puis affronter exactement en plaçant 1 ou 2 fils profonds. La cavité à combler n'est pas aussi grande que pourrait le faire supposer le volume du kyste extirpé; l'élasticité des tissus qui ont été refoulés amène leur retrait et un effacement notable de la poche.

Ai-je besoin d'ajouter que l'antisepsie post-opératoire est de rigueur.

Il est bien évident aussi que si la tumeur proémine au cou, c'est par la peau qu'il faudra l'attaquer.

Voici un kyste dermoïde sus-hyoïdien, gros comme un œuf de dinde, que j'ai enlevé par une incision médiane, partant de la symphyse mentonnière. Je veux bien que la cicatrice soit peu visible quand l'affrontement a été bien fait, mais quelque chose vaut mieux, surtout s'il s'agit d'une femme, c'est de n'avoir pas de cicatrice du tout.

Discussion.

M. Delorme. J'ai opéré, il y a huit mois, une jeune fille ayant un kyste dermoïde du plancher de la bouche du volume environ des deux tiers du poing. La question d'esthétique occupait peu

cette malade ; j'ai fait une incision sus-hyoïdienne et la facilité opératoire fut beaucoup plus grande que par la bouche.

M. Marchand. Il n'est pas toujours facile d'opérer par la voie buccale et dans un cas je me suis félicité d'avoir opéré par le dehors à cause des adhérences et des prolongements de la tumeur.

M. Quénu. Je ne préconise l'ablation buccale que pour les kystes qui font saillie dans la bouche. Je suis plus difficile que M. Delorme et je tiens à éviter la cicatrice extérieure ; je crois qu'il vaut mieux faire comprendre aux malades la nécessité des quelques inconvénients immédiats légers d'une opération qui leur épargne une cicatrice extérieure toujours plus ou moins disgracieuse.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 1er juin 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Gérard-Marchant, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° *Beiträge zur inneren chirurgie*, par le professeur Edm. Rose (tirage à part de *Deutsch. zeitschr. f. chirurg.*, t. XXIV).

M. Auffret, membre correspondant national, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.

Note lue par le Secrétaire général.

M. Boiffin (de Nantes). Comme erreur de diagnostic, dans le cas de kyste de l'ovaire, je rapporterai l'observation suivante :

Une femme de 40 ans multipare vit son ventre grossir assez rapidement dans l'espace de quelques mois en même temps que ses règles se supprimaient ; son médecin hésitant entre un kyste de l'ovaire, une ascite ou une grossesse, demanda l'avis d'un chirurgien qui entendit et fit entendre à son confrère les bruits du cœur du fœtus, et trouva même différentes parties fœtales : les deux consultants déclarèrent à la femme qu'elle accoucherait trois mois après.

A l'époque dite, très exactement, cette femme fut prise de douleurs utérines très intenses qui durèrent deux jours, pendant lesquels le médecin ne constata aucune dilatation du col. On attendit en vain l'accouchement, tout rentra dans l'ordre, si ce n'est que le volume du ventre acquit un développement considérable.

Je fus appelé à voir la malade un mois après ce faux travail ; j'eus la conviction que nous avions affaire à un kyste de l'ovaire multiloculaire, et je proposai la laparotomie qui fut acceptée.

Au commencement de l'opération, le péritoine étant ouvert, je trouvai une surface rougeâtre rappelant absolument un utérus gravide, et, pendant quelques instants, je crus que le premier diagnostic était le vrai ; cependant, je pus enlever un énorme kyste de l'ovaire multiloculaire dont la guérison fut très simple.

Suite de la discussion sur l'appendicite.

1° *Résultats de l'examen bactériologique du pus d'une péritonite généralisée par perforation de l'appendice iléo-cæcal.*

M. Jalaguier. Je vous demande la permission d'ajouter quelques détails à ceux que je vous ai donnés dans la dernière séance, en vous présentant un enfant guéri par la laparotomie d'une péritonite purulente généralisée consécutive à une perforation de l'appendice iléo-cæcal. L'examen bactériologique du pus a été fait avec beaucoup de soin par M. Grenouillet au laboratoire de M. Legroux : le pus renfermait en très grande abondance le *bactérium coli commune ;* on y trouvait aussi, mais en petit nombre, le staphylococcus aureus, le bacillus subtilis et le bacille lactique.

2° *Résultats de quatorze laparotomies pour péritonites purulentes généralisées par perforation du cæcum et de son appendice.*

Voici maintenant les résultats que j'ai obtenus par la laparotomie et le lavage du péritoine, dans les cas de péritonites purulentes généralisées succédant aux perforations du cæcum ou de son appendice : ces résultats sont navrants ; en effet, sur quatorze enfants que j'ai opérés j'en ai perdu douze ; deux seulement ont guéri. Je tiens à spécifier que je parle exclusivement des péritonites purulentes diffuses, et non de ces cas dans lesquels une laparotomie conduit sur un foyer enkysté peri-cæcal, s'accompagnant d'un certain degré d'inflammation générale avec exsudation séreuse, voire même un peu louche, dans le péritoine.

Tous mes malades, sans exception, étaient dans un état désespéré lorsque j'ai été appelé à intervenir; la laparotomie en a sauvé deux ; c'est une proportion bien faible, sans doute, mais les succès deviendront sûrement moins exceptionnels, lorsqu'on se décidera à appeler le chirurgien dès le début des accidents. En ce qui me concerne, je n'ai jamais pu opérer avant le troisième, le quatrième, le cinquième jour, alors que les enfants se trouvaient épuisés par la douleur, par les vomissements, par la septicémie, et, souvent aussi, par une thérapeutique irrationnelle, comme l'emploi des purgatifs répétés ou des lavements à outrance, médication que l'on ne manque presque jamais d'instituer lorsque la péritonite par perforation simule une occlusion intestinale, ce qui est très fréquent.

Pour juger de l'état du patient et de sa force de résistance, il ne faut compter ni sur l'apparence, ni sur le degré de la température. On voit des enfants qui sont calmes, presque apyrétiques, et qui, cependant, ont à peine quelques heures à vivre. Les caractères du pouls fournissent le meilleur, pour ne pas dire le seul élément de pronostic. Quand le pouls atteint ou dépasse 130, quand il est irrégulier, fuyant, difficile à compter, la mort à bref délai est inévitable ; et, si l'on intervient dans ces conditions, on voit presque tous les malades succomber dans les premières heures qui suivent l'opération quelque rapidement conduite qu'elle ait pu être. Le pronostic est d'autant plus mauvais que cet état du pouls coïncide avec un degré de température voisin de la normale. Je crois cependant qu'il ne faut pas reculer devant l'intervention, tant que les pulsations peuvent être comptées ; en effet, je vous ai présenté, dans la séance du 30 décembre 1891, une petite fille opérée au cinquième jour d'une péritonite purulente par perforation traumatique du cæcum et chez laquelle la guérison avait

été obtenue, bien que le pouls fût faible, rapide, et irrégulier, et la température de 37°,5.

Le petit garçon que vous avez vu dans la dernière séance était dans des conditions bien meilleures; son pouls ne battait que 120 pulsations et sa température était de 38°,5.

Pour toutes mes opérations, j'ai donné du chloroforme, mais en quantité minime, à la dose suffisante pour étourdir l'enfant et diminuer sa sensibilité au moment de la section de la paroi. J'ai toujours pratiqué jusqu'ici l'incision médiane. La paroi saigne assez abondamment et, dans presque tous les cas, le tissu cellulaire sous-péritonéal est un peu œdématié ; dans presque tous les cas également, j'ai trouvé le péritoine pariétal, l'épiploon, et les anses intestinales, intimement adhérents et comme fusionnés. Il faut beaucoup d'attention pour séparer, sans les blesser, l'épiploon et l'intestin du péritoine pariétal. Dans un cas, la persistance de l'ouraque m'a mis, pendant quelques minutes, dans un assez grand embarras ; la possibilité de rencontrer cette anomalie me paraît utile à signaler.

Les variétés de péritonite suppurée que j'ai observées dans ces quatorze laparotomies peuvent être ramenées à deux types principaux : tantôt les anses d'intestin grêle agglutinées par des fausses membranes jaunâtres ou grisâtres et recouvertes par l'épiploon, flottaient au-dessus d'une grande quantité de pus accumulé dans le bassin et dans les flancs ; tantôt plusieurs petits foyers se trouvaient disséminés sous l'épiploon, entre les anses intestinales, autour du cæcum, et dans le bassin.

Dans le premier cas, j'ai toujours trouvé un pus sanieux et fétide parfois mélangé à des gaz, rarement à des matières intestinales véritables; dans le second, la suppuration m'a paru plus franche, sauf toutefois, au voisinage du cæcum ; le pus des foyers ouverts à ce niveau présentant, comme dans le cas du premier type, une fétidité remarquable.

Les cas du premier type semblent, à priori, plus favorables que ceux du second qui se prêtent mal à un nettoyage complet ; je dois dire, cependant, que, de mes deux cas de guérison, l'un, celui de la petite fille, se rattache au premier type, l'autre, celui du petit garçon, se rattache au second.

Je crois indispensable, dans toutes ces opérations, de procéder à un lavage aussi complet que possible, mais aussi rapide que possible.

Le drainage est absolument nécessaire. Après avoir employé d'abord de simples tubes en caoutchouc, puis le tamponnement de Mickulicz, je me suis arrêté à l'usage de plusieurs très gros drains que je place dans l'excavation pelvienne, et dans les fosses iliaques

et auxquels j'ajoute quatre ou cinq longues bandes de gaze insinuées entre les tubes et les anses intestinales, et au milieu des anses intestinales elles-mêmes. Ce mode de drainage m'a semblé assurer l'écoulement des liquides plus complètement que le tamponnement de Mickulicz, car, dans un cas où j'avais employé ce dernier procédé, j'ai observé la rétention d'une très grande quantité de pus.

Sur ces quatorze opérations, je n'ai que deux fois cherché et réséqué l'appendice (dans mes troisième et quatrième opérations). Cette recherche a été laborieuse, a prolongé notablement la durée de l'opération, et mes malades ont succombé très rapidement dans le collapsus. Je crois qu'il faut être très réservé dans ces recherches, et n'enlever l'appendice que s'il se présente pour ainsi dire de lui-même. A ce point de vue, peut-être y aurait-il avantage à préférer à la laparotomie médiane, l'incision sur le bord externe du muscle droit conseillée dans d'autres circonstances par Schüller; je me propose d'y avoir recours dans ma prochaine opération, espérant arriver ainsi directement sur l'appendice et pouvoir l'enlever, sans être obligé de prolonger sensiblement la durée de l'opération.

En résumé, quelque déplorables qu'aient été jusqu'ici les résultats de la laparotomie dans les cas de péritonites purulentes diffuses par perforation, je crois qu'il faut intervenir quand même. Les deux guérisons presque inespérées que j'ai obtenues sur quatorze enfants irrémédiablement perdus, m'engagent à persévérer dans cette ligne de conduite. Mais, on ne saurait trop le répéter, il faut intervenir le plus près possible du début des accidents, et il faut que l'opération soit aussi peu compliquée et aussi rapidement menée que possible.

M. Berger. Les deux faits très encourageants que vous a présentés M. Jalaguier, dans la dernière séance, le résumé qu'il vient de vous tracer de son expérience m'engagent à vous communiquer les cas d'appendicite que j'ai pu observer depuis la dernière discussion qui s'est élevée ici sur ce sujet : Le premier de ces cas est relatif à une *appendicite avec perforation ayant déterminé une péritonite suppurative diffuse;* il s'est terminé par la mort 36 heures après l'intervention chirurgicale, la laparotomie et l'excision de l'appendice perforé suivies du drainage du péritoine.

Le dimanche 15 mai, à 1 h. 30 m. de l'après-midi, je fus appelé pour un jeune homme sur lequel M. Legroux avait reconnu le matin même l'existence d'une péritonite par perforation et déclaré l'intervention chirurgicale immédiatement nécessaire.

Comme commémoratif, il n'y avait à retenir que l'existence d'une

fièvre muqueuse, quelques années auparavant ; depuis lors, le jeune homme était resté sujet à des douleurs de ventre, revenant par intervalles et parfois avec une certaine intensité.

Les accidents avaient débuté brusquement par une douleur extrêmement vive dans la fosse iliaque droite et des vomissements dans la nuit de vendredi à samedi ; les accidents s'étaient aggravés dans la journée du lendemain ; le dimanche enfin, je trouvai le malade dans l'état suivant :

Faciès abdominal ; pouls très fréquent et petit ; élévation notable de la température ; la douleur de ventre est très vive et s'accompagne d'anxiété ; les vomissements verts, péritonitiques, sont fréquents. Il n'y a eu, depuis deux jours, aucune émission de matières ni de gaz par l'anus.

Le ventre est ballonné ; il présente de la matité vers les parties déclives, et au-dessus de cette matité, à droite, un bruit hydro-aérique correspondant à la région du cæcum. Aucune tuméfaction ne peut être déterminée par la palpation en ce point, où siège le maximum des douleurs spontanées et à la pression. Le diagnostic de péritonite due à une perforation de l'appendice est adopté et l'opération est pratiquée presque aussitôt, avant 4 heures de l'après-midi.

Incision oblique, presque verticale de la paroi au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, à trois travers de doigt en dedans d'elle, sur la région où se révèle la sonorité tympanique. L'ouverture du péritoine donne issue à une grande quantité de liquide séro-purulent, fétide, mais qui n'est pas mélangé à des gaz. — Cet écoulement augmente quand on introduit le doigt et qu'on le dirige vers l'excavation pelvienne ; il devient alors manifestement purulent. Il n'y a pas de cavité limitée par des adhérences ; c'est la cavité péritonéale tout entière qui est le siège de cet épanchement plus particulièrement localisé vers ses parties inférieures.

Le cæcum est très injecté : on trouve sans difficulté l'appendice qui adhère à la fosse iliaque par quelques exsudats, on l'attire ; il est long, régulièrement cylindrique, pourvu d'un méso falciforme ; il ne renferme aucune concrétion ni aucun corps étranger ; vers sa base existe une eschare de plus d'un centimètre qui présente une petite perforation à sa partie moyenne.

L'appendice perforé est lié au ras de son union au cæcum, excisé, et son pédicule est fixé à l'incision de la paroi. On absterge alors avec des éponges toutes les parties contaminées du péritoine, principalement l'excavation pelvienne, jusqu'à ce que les éponges ressortent absolument propres, puis on touche la surface péritonéale, sur toute cette étendue, avec une éponge légèrement imbibée de naphtol camphré. Un drain gros comme le doigt, entouré de gaze au salol est plongé jusque dans l'excavation pelvienne et ressort par la plaie dont on suture le reste.

La nuit est bonne en apparence ; pas de souffrance, plus de vomissements ; mais il y a un peu de délire et, le lendemain, le pouls est plus petit que la veille. Je renouvelle le pansement pour m'assurer que le

drain fonctionne ; mais l'aggravation se prononce dans l'après-midi et le malade succombe dans la matinée du mardi, sans souffrance et sans avoir présenté de nouveaux vomissements, aux progrès de l'empoisonnement péritonéal.

L'appendice que je vous présente est le siège d'une eschare perforante ; sa muqueuse est gangrenée sur une assez large etendue ; il ne renferme ni calcul stercoral ni corps étranger.

Je n'ai non plus trouvé aucune trace de matières intestinales au cours de mes recherches, ni dans le liquide qui sortait de la plaie, ni sur les éponges.

Tel est le quatrième fait de perforation de l'appendice vermiculaire ayant déterminé une péritonite septique diffuse, dans lequel je suis intervenu; comme dans les trois autres que je vous ai communiqués, l'opération n'a pas empêché la mort de survenir, quoiqu'elle eût été décidée et pratiquée aussitôt après que j'eus été appelé auprès du malade. Ce résultat décourageant que confirment la plupart des observations où l'opération a été pratiquée dans des conditions analogues, que confirment particulièrement les chiffres que vient de vous donner M. Jalaguier, montre que, dans ces cas de perforation de l'appendice, nous intervenons toujours trop tard, par la force même des choses, et à un moment où l'empoisonnement est déjà trop avancé pour que l'issue donnée aux liquides septiques et la désinfection du péritoine puissent avoir un effet utile. Cette constatation ne m'empêche pas et ne m'empêchera jamais, dans les cas de péritonite diffuse aiguë due à la perforation de l'appendice, d'avoir recours aussitôt que possible à une intervention où se trouve renfermée la seule chance de salut qu'on puisse offrir au malade ; mais je pratiquerai l'opération sans m'abuser sur son efficacité et sur le bénéfice qu'on est en droit d'en attendre dans ces conditions.

Ce qu'il y a de curieux et de paradoxal en apparence, c'est que tous les cas de pérityphlite ou d'appendicite autres que ceux-là, pour lesquels j'ai été appelé à donner mon avis depuis quelques années, ont guéri sans intervention chirurgicale et n'ont, à ma connaissance, pas donné de récidive jusqu'à ce jour. En voici deux à ajouter à ceux que je vous ai cités dans la dernière discussion ; par une coïncidence bizarre, j'ai les ai observés comme le précédent et presque en même temps que lui, à l'École normale supérieure.

L'un d'eux concerne un élève qui était entré quelques jours auparavant à l'infirmerie, comme atteint d'indigestion ; il avait en effet de la fièvre, quelques vomissements, des douleurs vives de ventre ; mais en l'examinant, je trouvai que la douleur était nettement localisée à la partie supérieure de la fosse iliaque droite, où l'on sentait une tuméfaction un peu diffuse et profonde. Un purgatif, la diète, la médication

opiacée firent disparaître en quelques jours tous ces symptômes qui étaient assez prononcés, néanmoins, pour qu'il fût certain que ce jeune homme avait bien été atteint d'une poussée légère et bénigne de pérityphlite.

Dans l'autre cas, il s'agit d'un serviteur de l'École, qui entre à l'infirmerie avec une fièvre intense, une douleur de ventre très vive, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon dans la fosse iliaque droite. La température ne cessant de s'élever, la tuméfaction et la douleur de s'accroître, je fis passer le malade, au bout de quelques jours, à l'hôpital Lariboisière, où je pensais être contraint d'intervenir sans retard. Mais dès le surlendemain de son transport, la fièvre décroît, pour descendre, par échelons, jusqu'à la normale en trois ou quatre jours; toute douleur spontanée ou à la pression disparut; la tumeur persista une huitaine de jours pour cesser d'être perceptible vers le douzième jour. Le malade quittait l'hôpital au bout d'une quinzaine; il est actuellement encore en convalescence à l'École normale, où je lui fais observer de rigoureuses précautions.

Ces exemples de cas légers ou plus sérieux dans lesquels des pérityphlites, des appendicites, se sont terminées par une guérison durable, se montrent de plus en plus nombreux, à mesure que les médecins nous font part de leur expérience sur ce sujet; il paraît que le nombre des appendicites et des pérityphlites qui se terminent par une perforation protégée ou non par des adhérences, ou même par une suppuration intra ou extra-péritonéale, ne constitue qu'une minorité.

Laissant donc de côté les cas où la perforation de l'appendice se traduit par des phénomènes de péritonite localisée ou diffuse, ceux où la marche et les caractères de l'affection font reconnaître qu'un abcès est en voie de formation, cas dans lesquels tout le monde est d'accord sur la nécessité d'une intervention chirurgicale rapide, on doit se demander si, dans la majorité des pérityphlites ou des appendicites de forme et d'intensité ordinaires, le chirurgien a autre chose à faire que d'observer et d'attendre l'indication d'agir, si elle se présente : je ne le pense pas pour ma part.

Quant aux appendicites à répétition, celles que l'on propose actuellement d'opérer *à froid*, préventivement, pour mettre le malade à l'abri de poussées nouvelles et surtout pour le préserver du danger d'une perforation imminente, je ne puis à leur égard considérer comme bien fondées les conclusions de ceux qui ont adopté cette ligne de conduite. Tout d'abord, je ne suis nullement convaincu que les appendicites à répétition soient celles qui conduisent à la péritonite par perforation : tout au contraire, les observations que j'ai recueillies, celles que j'ai consultées, comme celles de M. Roux, par exemple, semblent indiquer que la péritonite diffuse septique et la perforation qui en est la cause ont été le plus souvent,

sinon toujours, le premier accident sérieux que les malades aient présenté du côté du cæcum. Il en est autrement des suppurations péricæcales et des péritonites par propagation, à début insidieux, qui paraissent assez souvent succéder à des poussées successives d'appendicite ; mais, ainsi que je viens de le dire, la perforation est un accident qui surprend brutalement le malade sans qu'il ait été mis en garde par des poussées antérieures d'appendicite, tout au plus par quelques souffrances vagues, peu localisées, et par quelques troubles digestifs.

Cela se comprend d'ailleurs assez bien ; les poussées d'appendicite laissent à leur suite des adhérences qui jouent, pour quelque temps au moins, un rôle protecteur si la perforation se produit. Il faut le dire, la pathologie des lésions de l'appendice nous est peu connue ; sont-ce toujours des calculs stercoraux ou des corps étrangers qui les déterminent ? certes, non ; quelle est alors la cause du processus ulcératif ou gangreneux qui détermine la perforation ? quels sont les symptômes prodromiques qui peuvent en révéler l'existence ? C'est aux médecins, aux anatomistes, à compléter les données très incertaines que nous possédons sur ce point et sur bien d'autres afférents au même sujet.

Jusqu'alors, je persiste à croire que l'intervention *à froid*, dans l'intervalle des crises d'appendicite, doit être réservée aux cas où, à la suite d'une atteinte de cette affection, il reste une lésion manifeste, facile à constater à l'examen direct de l'appendice iléo-cæcal. Dans ceux où la tuméfaction et les douleurs disparaissent complètement, peu après la résolution des phénomènes aigus que présentait le malade, je crois mieux faire d'attendre en soumettant le sujet à une diète rigoureuse et à une surveillance attentive.

Du traitement opératoire de l'appendicite à rechutes dans l'intervalle des crises.

M. Quénu. La plupart de nos collègues ont établi ou accepté parmi les inflammations cæcales ou péricæcales de judicieuses distinctions.

Il existe une typhlite vraie à réaction péritonéale peu marquée, survenant chez des personnes d'un certain âge, s'établissant progressivement chez des dyspeptiques habituellement atteints de constipation. On n'est guère conduit à intervenir que lorsque des signes locaux tels que l'œdème, une induration phlegmoneuse et une fièvre particulière annoncent qu'un foyer de suppuration s'est constitué.

En dehors de ces typhlites vraies avec ou sans pérityphlites existe toute la classe des inflammations appendiculaires. Mon col-

lègue et ami Jalaguier a fort bien distingué les différentes conditions dans lesquelles on est appelé à intervenir.

Parfois on se trouve en présence d'une péritonite aiguë par perforation. Dès qu'on en a les signes, c'est offrir au malade ses dernières chances de salut que de l'opérer. On n'arrive pas toujours à temps. M. Jalaguier a obtenu deux succès dans deux cas où la péritonite était suppurée ; mais c'est déjà une localisation de l'infection et une lutte salutaire de l'organisme que la suppuration ; souvent la septicémie péritonéale prime la péritonite ; les perforations peuvent être très précoces Mac-Ewen cite une opération où elle suivit de douze heures les premiers symptômes.

Dans une autre forme, l'allure est moins foudroyante ; on gagne six et huit jours ; il semble qu'il se soit établi une certaine localisation de la péritonite ; on a tout lieu de penser à l'existence d'un foyer suppuré autour d'une perforation. Ce n'est plus à une laparotomie médiane avec lavages et drainage du péritoine qu'on aura recours : conformément à l'opinion presque unanime des chirurgiens, on incisera au-dessus du ligament de Fallope, on ouvrira l'abcès et on s'interdira toute recherche entraînant un décollement possible des adhérences déjà formées. L'appendice se présente-t-il dans le foyer, qu'on jette sur lui une ligature, sinon qu'on se contente de drainer avec une mèche de gaze : toute l'intervention se borne à une incision d'abcès.

Malheureusement, alors même qu'il ne semble pas exister de péritonite généralisée au moment de l'intervention, il peut exister déjà une septicémie péritonéale telle que l'intoxication irrémédiable est produite et tue malgré l'évacuation du foyer. En voici un exemple que j'ai eu l'occasion d'observer il y a peu de jours.

Je fus envoyé le 18 mai par M. Terrier, qui voulut bien me donner cette preuve de confiance, auprès d'une de ses petites parentes habitant Dijon et qui avait été prise d'accidents d'appendicite huit ou neuf jours auparavant. Cette enfant, âgée de 12 ans, avait déjà, en janvier 1892, présenté une crise passagère rapidement guérie en vingt-quatre heures. Cette fois les accidents furent d'emblée plus alarmants : en même temps qu'une douleur subite dans la fosse iliaque droite apparurent de la fièvre et du météorisme.

Le traitement, dirigé par mon ami le Dr Cottin, consista en applications de glace et en lavements laudanisés. Une diète lactée rigoureuse fut ordonnée.

Les jours suivants, le météorisme augmenta et des vomissements survinrent ; le 17, le ventre était ballonné, les traits altérés, la température à près de 39°. Une intervention fut jugée nécessaire.

Le 18 mai matin, je trouvai un état général assez inquiétant; le ventre était tendu, moins douloureux spontanément, mais très douloureux à une pression un peu profonde au-dessus de la partie moyenne du ligament de Fallope.

Les vomissements persistent, le faciès est altéré, la température est redescendue à 37°. Mes collègues assurent que l'état de l'enfant présenterait plutôt une légère amélioration depuis la veille.

Avec l'assistance de MM. Caltier, Barbier et Bousserolle, je pratiquai une incision parallèle au ligament de Poupart, incisai le péritoine au milieu et vis sortir alors environ deux cuillerées à soupe d'un pus verdâtre et fétide.

Je nettoyai bien le foyer; puis, en soulevant le cul-de-sac du cæcum en haut et en dehors, je trouvai l'appendice perforé et comme rompu. Je le liai près du cæcum. Je m'abstins de toute recherche et respectai les adhérences qui fermaient le foyer en arrière. Une mèche de gaze au salol fut laissée dans la cavité et la plaie rétrécie par quelques points de suture.

Dès l'après-midi, les vomissements reprirent; le pouls qui, dès la *chloroformisation*, avait augmenté de fréquence, devint faible, et la malade succomba le lendemain.

En somme, le sentiment actuel, en ce qui concerne les appendicites aiguës, semble être d'apporter une grande réserve dans l'intervention chirurgicale; instituer le traitement médical et n'opérer qu'en cas de péritonite diffuse ou en cas de foyers de suppuration; limiter son intervention à une ouverture d'abcès sans recherches de l'appendice.

L'opinion des médecins me semble plus indécise en ce qui regarde les appendicites à rechute; c'est sur ces dernières que je désire insister et apporter ici ma manière de voir.

On sait qu'un certain nombre de chirurgiens ont pratiqué *à froid*, c'est-à-dire dans l'intervalle des crises, l'ablation de l'appendice vermiculaire, afin d'éviter au malade et la persistance de troubles digestifs et la chance d'accidents mortels. Si je consulte la littérature médicale de ces dernières années, j'y trouve, en somme, des résultats assez encourageants.

L'opération a été faite par Lawson Tait 3 fois avec 3 succès; par Sener, 1 fois avec 1 succès; par Hoegh, 1 fois avec 1 succès; par M. Burney, 2 fois avec 2 succès; par Wyeth, 1 fois avec 1 succès; par Clarke et Smith, 1 fois avec 1 succès; par Bridge, 1 fois avec 1 succès; par Murray, 1 fois avec 1 succès; par Monks, 1 fois avec 1 succès; par Hadra, 1 fois avec 1 succès[1]. De même

[1] Ces 13 cas sont rapportés par Porter dans le *Boston medical and surgical journal* de 1891.

la guérison a suivi les 2 ablations appendiculaires de Kœrte[1], celles de Reale[2], les 2 de Hume[3], les 4 de Sutton[4], les 8 de Roux, celles de Meylard[5], de Gabot[6] (1 cas), d'Elliot[7] (2 cas) et de Porter (2 cas).

En France, je relève en ces derniers temps les observations de Schwartz, de Delorme et de Jalaguier, auxquelles je vous demande la permission d'ajouter une observation personnelle. J'arrive ainsi (et j'ai dû faire des omissions) à un total de 39 opérations toutes suivies de guérison.

Je sais bien que les chiffres sont trompeurs et que la tendance naturelle est plutôt de publier ses succès que ses désastres ; malgré cette réserve, la statistique que je cite a bien son éloquence.

Je présente ici le malade que j'ai opéré et que vous voyez en bonne santé, et les pièces enlevées dont l'examen histologique et bactériologique a été fait avec soin par mon interne M. Carrel.

Observations[8]. — V..., âgé de 28 ans, plombier, est entré dans notre service à l'hôpital Cochin le 2 avril. Son enfance s'est passée sans incidents. Son père est bien portant, sa mère est morte ; il aurait perdu plusieurs frères et sœurs de tuberculose, il a encore deux sœurs bien portantes. Il y a trois ans, au mois de mai 1889, V... a été pris en pleine santé d'une douleur subite dans la fosse iliaque droite, avec irradiations dans le bas-ventre et dans les lombes, et constipation opiniâtre ; ces troubles le tinrent trois semaines au lit, puis il reprit son travail non sans éprouver de temps en temps des coliques.

Au mois de juillet 1891, nouvelle crise douloureuse avec ballonnement du ventre et constipation. Il entre dans le service de M. Dujardin-Beaumetz où il reste deux semaines d'août 1891 à mars 1892; des périodes de constipation de six à huit jours reparaissent de temps en temps, l'obligeant au repos et au chômage.

Le 15 mars 1892, V... entre dans le service de M. Gouraud avec des douleurs très violentes dans la fosse iliaque droite, de la diarrhée et des selles sanguinolentes, la paroi abdominale est soulevée et une sorte d'empâtement remonte à trois travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope.

Au bout de quelques jours de repos et de régime lacté, la situation s'améliore, c'est alors que le malade est dirigé dans mon service. Cet

[1] Kœrte, *Berlin klin. woch.*, 1891.
[2] Réale, *Brit. med.*, 1891.
[3] Hume, *Brit. med.*, 1891.
[4] Voir *Revue des sciences médicales de Hayem*, 1891.
[5] *Brit. med.* 1891.
[6] *Boston med. et surg.*, 1891.
[7] *Ibid.*
[8] Rédigée par mon interne M. Bernardbey.

homme paraît assez vigoureux et ne présente à l'auscultation aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Le ventre est redevenu souple sauf dans la fosse iliaque droite où à quatre travers de doigts en dehors de la ligne médiane, sur une ligne horizontale rasant l'épine iliaque antérieure et supérieure, on sent une tuméfaction bien délimitée de la grosseur du pouce, cette induration est très douloureuse au toucher. L'opération est faite le 5 mai.

Une incision est menée sur le bord externe du muscle droit, on arrive sur un appendice volumineux épaissi, coudé sur lui-même et adhérent par une de ses faces à la face antéro-externe du cæcum. Le décollement de ces adhérences est assez laborieux : au point où ces adhérences sont le plus marquées, on trouve entre l'appendice et le cæcum une sorte de petit foyer qui aboutit du côté de l'appendice à une perforation où passe le stylet, et du côté du cæcum à une ulcération de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, la muqueuse cæcale paraît avoir résisté.

Trois petites ligatures sur des adhérences. Toute cette opération se fait au dehors du ventre, la région appendiculaire émergeant seule des compresses, je commence par fermer l'ulcération cæcale par plusieurs plans de suture que je recouvre encore de débris d'adhérences et d'épiploon, puis je résèque l'appendice. Pour cela je commence par faire une incision circulaire à deux ou trois centimètres du cæcum, incision ne comprenant que la séreuse, je rebrousse cette manchette péritonéale de manière à décalotter les autres tuniques que je coupe au ras du cæcum après la ligature à la soie. La manchette péritonéale est suturée puis invaginée par une suture de Lembert.

Sutures en étages de la paroi abdominale.

Les suites ont été des plus simples, la diète lactée a été observée jusqu'au 12 mai. On lui fait prendre alors un peu de magnésie anglaise. Sortie le 30 mai. Les douleurs spontanées ou à la pression ont disparu et les fonctions s'accomplissent bien, il persiste cependant un peu de tendance à la constipation.

Examen de la pièce. — L'appendice est très augmenté de volume, son extrémité inférieure renferme une concrétion très dure d'aspect grisâtre au-dessus de laquelle se trouve l'orifice de la perforation ; on n'observe pas d'autre ulcération à *l'œil* nu sur la muqueuse appendiculaire.

Au microscope on constate des lésions inflammatoires atteignant leur maximum dans la couche sous-muqueuse qui est comme infiltrée de cellules rondes,

Une partie des follicules clos sont très hypertrophiés et se sont infiltrés dans les espaces interglandulaires qui sont d'une largeur double que les glandes elles-mêmes. D'autres follicules ont éclaté et constituent à la surface de la muqueuse de petites ulcérations cratériformes, la couche musculaire un peu épaissie présente des lésions de sclérose, la séreuse est elle-même épaissie.

L'absence de cellules géantes, la coloration intense des éléments

embryonnaires qui n'offrent aucune dégénérescence font repousser l'idée d'une lesion tuberculeuse.

Deux tubes de gélose avaient été ensemencés avec du liquide pris au moment de l'opération dans l'intérieur de l'appendice et dans le petit foyer intermédiaire au cæcum et à l'appendice : ces deux tubes ont donné une culture abondante de bacterium coli commune et rien d'autre.

Il me paraît intéressant d'insister sur les altérations ulcéreuses existant à distance de la séparation et seulement constatables au microscope ; ces lesions sont à rapprocher de celles observées par Cabot et d'autres qui ont constaté la disparition par places de la couche épithéliale de la muqueuse.

En face des résultats fort encourageants, je le répète, de l'intervention chirurgicale dans les cas d appendicites à rechute, nous devons envisager le sort des malades soumis au seul traitement médical. Je ne nie en aucune façon que, même après toute une série d'attaques la guérison ne puisse être obtenue, j'admets que des crises antérieures ont pu favoriser la formation d'adhérences et rendre moins funestes les poussées ultérieures, il n'en reste pas moins certain que bon nombre de malades continuent à souffrir, à éprouver des troubles dyspeptiques, à ne pouvoir sans danger s'écarter d'un certain régime alimentaire et d'une certaine hygiène.

La jeune fille que nous citait Berger il y a quelques semaines a eu une cinquième attaque en novembre 1890. Cette attaque a été grave, et elle en a guéri ; après une rechute en février 1891, sa santé est restée bonne ; mais elle a dû depuis se soumettre au régime lacté. Guérison médicale est donc bien loin de signifier guérison définitive ; Reclus avait bien raison tout dernièrement d'insister sur ce point. Il importe évidemment, ainsi que l'ont dit Roux et d'autres chirurgiens, de prendre en considération la situation sociale des malades, la possibilité pour eux d'adopter une certaine alimentation un certain genre de vie ; il n'est pas loisible à tout individu d'avoir à se préoccuper constamment de son cæcum.

Mais indépendamment de ces inconvénients et de cette servitude, les lésions chroniques d'appendicite restent dans maint cas une menace de mort pour les individus qui en sont atteints, quoi qu'on en ait dit, à côté des malades qu'enlève une première crise d'appendicite, il en est un bon nombre qui ne succombent qu'à la deuxième ou à la troisième attaque. Mon observation, celles très intéressantes communiquées ici par le Dr Schmidt et beaucoup d'autres en sont la preuve.

En Allemagne, Krecke [1] estime que les appendicites à rechute

[1] *Deutsche Zeitsch. f. chir.*, XXX.

sont généralement la conséquence d'une inflammation catarrhale et ulcéreuse, et qu'elles ne guérissent que par l'extirpation.

Leyden, qui s'est montré si réservé à propos de l'intervention dans les appendicites aiguës, déclare que l'intervention chirurgicale doit se concentrer en particulier sur les formes récidivantes *auxquelles les malades finissent toujours par succomber*. Et, de fait, si on s'en rapporte à l'anatomie pathologique, on comprend très bien que ces lésions aient peine à évoluer spontanément vers la guérison.

Ces appendicites sont parfois purement catarrhales ; mais, d'après les quelques examens histologiques complets que nous possédons, les ulcérations sont loin d'être rares ; invisibles à l'œil nu dans notre observation, elles n'en existaient pas moins au niveau des follicules clos.

L'appendice peut être rempli de pus avec ou sans persistance de l'orifice de communication avec le cæcum. Souvent enfin, contrairement à ce que j'ai entendu dire ici, il renferme des corps étrangers. Lengfeld, sur 112 autopsies de pérityphlites, a observé 24 fois des coprolithes, 4 fois des corps étrangers, 29 fois des ulcérations. Sur 459 cas compulsés dans la littérature médicale, il trouve mentionnés 179 fois des coprolithes et 16 fois des corps étrangers. A-t-on le droit d'espérer que ces coprolithes cesseront à une époque donnée d'exercer leur action fâcheuse sur la paroi appendiculaire ?

En résumé, l'anatomie nous démontre l'existence de lésions ulcéreuses, de perforations et d'altérations inflammatoires entretenues par des corps étrangers septiques ; la clinique nous accuse une tendance bien réelle aux rechutes de tout un groupe d'appendicites : Fitz, sur 72 cas personnels, a rencontré la récidive 44 fois sur 100. Ce sont là, il me semble, de sérieux arguments en faveur de l'intervention à froid.

Les adversaires ne manquent pas[1] ; ils invoquent des raisons en apparence bonnes : les difficultés et le danger de l'opération, la hernie ventrale, l'incertitude d'une guérison permanente et enfin les difficultés du diagnostic.

Je passe sur l'objection « hernie » ; elle n'a qu'une valeur fort restreinte depuis que nous faisons la suture à étages. Quant aux difficultés opératoires, elles sont réelles : il a été parfois impossible de trouver l'appendice ; d'autres fois il était tellement adhérent et à de tels organes qu'il y aurait eu imprudence à en chercher le décollement.

Mais ces objections pourraient aussi bien s'adresser à la né-

[1] DENNIS, *Med. news*, 1890.

phrectomie, à l'extirpation des trompes malades, etc. Il est bien évident que si l'exploration de la région après ouverture du ventre fait prévoir un véritable danger dans l'extirpation, il faut y renoncer; l'incision n'aura été qu'exploratrice. Ces cas sont-ils tellement fréquents ?[1] Il n'y paraît guère d'après les observations publiées. La statistique a déjà répondu au reproche de la gravité opératoire.

A mon avis, la réelle objection, c'est la difficulté de savoir dans quels cas nous devons opérer, dans quels autres nous devons nous abstenir.

Les partisans de l'opération dans l'intervalle des crises disent qu'après un certain nombre de rechutes, on est autorisé à intervenir. Mais après combien de rechutes? Faut-il se borner à trois, comme le disent quelques-uns ? Faut-il en attendre quatre ou cinq ou six ? Le nombre des rechutes est évidemment un médiocre criterium. Pour moi, j'attache bien plus de prix à la constatation par le palper des lésions persistantes dans la fosse iliaque droite : qu'importe que le malade n'ait eu qu'une attaque d'appendicite si, au bout de plusieurs mois, vous retrouvez une grosseur sur le bord externe du détroit de l'abdomen, grosseur dure, douloureuse au toucher, douloureuse aussi spontanément dans certains actes, dans certains mouvements, à certaines périodes de la digestion. C'est donc la constatation matérielle de la lésion anatomique que je prendrais pour guide, fallût-il au besoin donner du chloroforme pour en avoir la vérification.

J'interviendrais à plus forte raison si les crises avaient été nombreuses, si les douleurs et aussi la crainte permanente du danger venaient, comme dit Fitz, empoisonner la joie de vivre. Il est certain que la nécessité de gagner sa vie, les devoirs professionnels, l'impossibilité de trouver un secours chirurgical[2], la situation sociale, etc., doivent entrer en ligne de compte ; mais, je le répète, je subordonnerais ces indications à celle qui me serait donnée par la palpation iliaque et *par une persistance dûment constatée des lésions*.

Les bénéfices de l'opération persistent-ils? La plupart de ces opérations sont récentes; néanmoins, quelques-unes datent de plus d'un an, et les bons résultats ne se sont pas démentis.

Je serai bref sur les procédés opératoires.

L'incision a généralement été pratiquée sur le bord externe du muscle droit. Le péritoine une fois ouvert, il faut s'efforcer d'at-

[1] Revilliod en cite un cas (Réunion générale des médecins suisses, 1892).

[2] PORTER, chez les voyageurs, les marins, etc.

tirer au dehors l'appendice et ses adhérences, afin de le libérer s'il est possible en dehors du ventre.

Chez notre malade, nous avons eu à fermer une ulcération de la paroi cæcale en outre de la résection de l'appendice. Pour cette dernière, nous recommandons notre procédé, qui se rapproche de celui de Cabot et qui, comme nous l'avons dit plus haut au cours de notre observation, consiste à inciser circulairement le péritoine à une certaine distance de la base de l'appendice, de manière à obtenir une manchette séreuse : les autres tuniques muqueuse et musculaire sont coupées au ras du cæcum et liées : les deux bords de l'ouverture circulaire de la manchette séreuse sont suturés, puis invaginés par un deuxième plan de sutures de Lembert. La surface de section des couches musculo-muqueuses aura été préalablement touchée au thermo-cautère. Le pédicule ainsi traité, on peut, comme nous l'avons fait, le recouvrir d'épiploon et de débris d'adhérences. Le drainage ne sera de mise que dans les cas où l'on aurait ouvert un foyer septique et où quelques gouttes auraient infecté le voisinage du cæcum (Porter).

Le repos de l'intestin, la diète lactée et l'opium sont absolument indiqués pendant les quelques jours qui suivent l'opération.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Mon expérience personnelle n'est pas assez grande pour que je puisse donner une profession de foi bien ferme. Mais il me semble que la découverte sur les appendicites et leur traitement n'est pas aussi grande qu'on pourrait le croire ; il y a des cas qui guérissent plus facilement qu'on ne l'a dit. Dans la clientèle de la ville, on a observé beaucoup de malades qui ont guéri ; j'ai vu moi-même un enfant de 8 ans qui est resté guéri après l'ouverture spontanée d'un abcès dans le gros intestin. Il ne m'a pas paru que l'appendicite fût une maladie aussi fréquente qu'on l'a dit ; je suis étonné du nombre considérable de cas observés par M. Roux, et il y a sans doute lieu de tenir compte du pays et du régime pour expliquer cette fréquence.

Il m'a paru, comme à M. Jalaguier, qu'il suffisait d'ouvrir l'abcès sans s'occuper de l'appendice ; j'ai opéré une petite fille dans ces mêmes conditions et elle a guéri après évacuation de la collection et nettoyage de la poche au chlorure de zinc. Quand on est en face d'un sujet dont le ventre est plein de pus, on a beau parler d'appendicite, on n'a pas envie de chercher la source du pus et on se contente d'une intervention plus simple, et on a grand intérêt à rendre l'intervention aussi courte que possible. En pareil cas, qu'il

y ait appendicite ou non, avec ou sans perforation, il suffit de faire le traitement de la péritonite suppurée.

M. Schwartz. A l'occasion de cette discussion sur la nature des inflammations de la fosse iliaque droite, j'ai l'honneur de vous apporter une observation qui doit se ranger non parmi les appendicites, mais bien parmi les typhlites. Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, qui fut pris subitement, il y a cinq semains environ, de vomissements violents, coliques très vives, puis d'évacuations alvines très abondantes, qui rappelèrent une indigestion très violente ou une cholérine. Mais les jours suivants les douleurs se localisèrent dans la fosse iliaque droite, qui devint tendue, ballonnée et douloureuse à la pression. Les choses, sous l'influence d'un traitement approprié, consistant en injections de morphine, badigeonnage au collodion, extrait thébaïque à l'intérieur, s'amendèrent.

Mais quinze jours environ après le début, nouvelle poussée aiguë avec gonflement du côté de la région parotidienne. Formation dans cette région d'une vaste collection qui est ouverte; pendant ce temps, phénomènes de péritonite diffuse avec aspect terreux de la face et tous les signes d'une infection profonde.

Glace sur le ventre. Champagne glacé. Opium et morphine. Rien du reste dans la fosse iliaque droite, si ce n'est une douleur vive à la pression et une certaine résistance sans sensation de fluctuation, mais bien avec une sonorité très nette.

Les phénomènes graves diminuèrent de nouveau, quand au bout de quatre semaines, pendant un brusque mouvement, le malade fut pris d'une lypothymie en même temps que le pouls devenait petit et précipité et que la température qui oscillait entre 37 et 38° tombait au-dessous de la normale.

Le lendemain je constatai, ainsi que le médecin traitant, le docteur Carrié, l'existence d'un épanchement dans la fosse iliaque droite. Malgré le mauvais état général, nous fûmes d'avis d'ouvrir aussitôt cet épanchement que nous pensions être purulent.

Une incision latérale par la fosse iliaque nous fit tomber sur une collection de sang noirâtre infecte de 400 grammes environ, contenant dans une cavité située immédiatement en arrière du cæcum qui constituait la paroi antérieure du foyer, sans que j'ai pu sentir l'appendice iléo-cæcal. Toute la face postérieure du cæcum est tapissée de parties fongueuses et de caillots. Nulle part sur le péritoine et les intestins de traces de tuberculose.

Lavage de la cavité. Drainage à la gaze iodoformée.

Le malade succombe deux jours après à la continuation des accidents infectieux.

Il s'agissait très probablement ici d'une typhlite infectieuse sans que nous ayons pu déterminer l'agent de l'infection.

Pour ce qui regarde l'appendicite chronique à répétition, je suis absolument de l'avis de mon collègue Quénu ; si, après une poussée d'appendicite, il reste dans la fosse iliaque une tuméfaction douloureuse il faut opérer ; et ne pas attendre une nouvelle poussée qui se produira presque certainement et pourra donner lieu à des accidents graves. Le cas que j'ai opéré l'an dernier, je l'ai opéré, non pas en me basant sur la quantité de poussées qu'avait eu le malade, mais bien parce qu'il r stait constamment dans la fosse iliaque droite une tuméfaction douloureuse à la pression et due à l'appendice iléo-cæcal contenant un calcul fécal mobile qui était le point de départ de tous les accidents.

M. Berger. M. Quénu a semblé douter de la solidité de la guérison de mes malades; je puis lui affirmer que ceux-ci sont tout à fait guéris et ont été revus. La jeune fille a eu seulement une dernière poussée en 1891 ; chez tous ces malades il n'y a plus rien d'appréciable dans la fosse iliaque.

M Quénu. Je n'ai pas nié la possibilité de la guérison ; j'ai seulement dit qu'il ne fallait pas se baser sur la disparition des symptômes pour affirmer la guérison de l'appendicite. Cette guérison définitive ne me paraît pas toujours nette. Certes, quelques malades peuvent guérir à l'aide de soins prolongés et grâce à un véritable luxe de précautions et de traitement; mais dans les cas ordinaires, toutes les fois qu'il reste une cause de récidive dans la fosse iliaque, une véritable épine provocatrice, il me paraît plus utile d'intervenir.

M. Berger. Il faudrait savoir le nombre de cas dans lesquels il reste quelque chose dans la fosse iliaque. M. Quénu arrivera à reconnaître que beaucoup de malades ne gardent rien de perceptible et cependant ils ne sont pas à l'abri d'une rechute.

M. Reynier. J'ai vu une nouvelle poussée inflammatoire se produire chez un malade que j'avais opéré ; six mois plus tard il était pris de nouveaux accidents et, malgré une nouvelle intervention, il a été repris d'une nouvelle poussée.

M. Quénu. Nous n'avons pas de critérium absolu en chirurgie ; mais nous sommes heureux d'avoir un signe indicateur. Certes, il peut se produire des accidents quand il n'y a pas de signes, mais il est utile de tenir compte du signe quand il existe. Si l'on tient compte des lésions anatomiques constatées dans les opérations ou à l'autopsie, et en particulier de ces concrétions stercorales calculeuses, qui sont si fréquentes, on a peine à croire que de pareilles

lésions puissent disparaître spontanément. Le fait de M. Reygnier n'est pas concluant : qui nous dit que son fil n'a pas infecté le foyer opératoire ou n'a pas été lui-même infecté? En outre, il y a des lésions, soit tuberculeuses, soit actinomycosiques qui sont capables de récidiver.

M. Reygnier. Ce n'est pas le fil qu'il faut incriminer. Mais, en effet, ce malade est tuberculeux et il meurt de son infection tuberculeuse.

Présentation de malades.

Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver avec issue de substance cérébrale, sans aucun phénomène immédiat ou consécutif; guérison sans issue du projectile.

Par M. Berger.

Ce jeune sujet, âgé de 18 ans, s'est tiré, le 24 avril dernier, un coup de revolver de petit calibre à la tempe droite. Il n'a pas perdu connaissance. Amené peu après à l'hôpital, j'ai constaté l'existence en arrière de l'apophyse orbitaire externe, d'une petite plaie donnant issue à un écoulement sanguin peu abondant. Cet écoulement entraînait des masses blanchâtres; il était facile de reconnaître la présence de substance cérébrale. On plaça un pansement à l'iodoforme sur la plaie ; aucune exploration, aucune tentative d'extraction n'avait eu lieu. — Le soir, le blessé eût un peu d'incontinence des matières fécales et des urines, mais le lendemain, ce symptôme avait disparu.

Le malade guérit sans avoir jamais présenté de diminution de la mobilité ou de la sensibilité soit en général, soit dans un siège déterminé ; la parole, la mémoire, toutes les facultés sont restées intactes ; il n'y a jamais eu de céphalalgie. Mais l'issue de matière cérébrale en certaine abondance, que j'ai constatée moi-même, ne permet pas de doute que le projectile ne soit actuellement dans la cavité cranienne ; il s'agit d'une balle de petit calibre, vraisemblablement de 7 millimètres.

Je me rappelle que j'ai présenté à la Société, une fille de brasserie qui, après avoir présenté pendant cinq jours un écoulement abondant de matière cérébrale par la plaie et après avoir été hémiplégique et aphasique, avait fini par guérir en conservant le projectile inclus dans la cavité cranienne ; j'ai pu la suivre pendant près de deux ans, sans qu'elle présentât d'accidents nouveaux. J'ignore ce qu'elle est devenue depuis.

Discussion.

M. Schwartz. J'ai observé une malade ayant reçu cinq coups de revolver, dont un dans le crâne; elle avait une hémiplégie avec aphasie; néanmoins, elle a guéri. Une autre malade a eu des troubles trophiques consistant en ulcérations serpigineuses siégeant sur le trajet du sciatique.

M. Larger. J'ai observé un cas tout à fait analogue et je présenterai le sujet dans la prochaine séance.

M. Reygnier. Ce malade a une insensibilité complète du voile du palais. On peut observer des phénomènes d'aphasie temporaire à la suite de coups sur la région temporale. A la suite d'une trépanation de l'apophyse mastoïde, j'ai observé un homme qui a présenté également de l'aphasie et a guéri. J'ai cherché de ces balles, que l'on croit avoir pénétré dans l'encéphale, et j'ai toujours trouvé le projectile situé dans l'os.

M. Delorme. C'est dans la région frontale du cerveau que les balles sont le mieux tolérées et c'est le cas du malade de M. Berger. On constate quelquefois, dans ces cas, des troubles de la mémoire et du caractère.

M. Berger. L'accident n'est pas douteux et la pénétration est certaine.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 8 juin 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. XI, 3° fascicule. Bruxelles, 1892 ;

3° *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 4° série, t. VI, n° 4. Bruxelles, 1892 ;

4° *Observations médico-chirurgicales (laminectomie ; opération d'Alexander ; phlegmon péri-vésical ; cholécystotomie ; hématocèle)*, par MM. Guelliot et Moret (de Reims) (Extrait de l'*Union médicale du Nord-Est*, 1891-92) ;

5° *Gangrène symétrique par congélation dans le cours d'une grippe infectieuse*, par M. Dardignac, médecin-major ;

6° *Corps étranger fibro-cartilagineux du genou consécutif à une entorse : hémohydartrose consécutive ; arthrotomie cinq ans plus tard ; guérison*, par M. Hassler, médecin-major (M. Chauvel, rapporteur) ;

7° *Appendicite avec péritonite suppurée généralisée guérie par la laparotomie suivie de drainage et lavage du péritoine pendant trois semaines*, par M. Mauny (de Saintes) (M. Monod, rapporteur).

M. Ollier, membre honoraire, assiste à la séance.

Suite de la discussion sur l'appendicite.

M. Terrillon. Je n'ai pas l'intention de discuter l'opportunité de l'intervention dans les appendicites, car mon expérience sur ce sujet n'est pas assez grande. En effet, sur 20 malades atteints de cette maladie que j'ai pu observer, un est mort en quelques heures d'une péritonite suraiguë due à une perforation de l'appendice. Sur un seul, j'ai dû intervenir, et cette intervention a été suivie de guérison.

La seule réflexion que m'a suggérée la discussion précédente est la suivante : c'est l'ablation de l'appendice pratiquée dans une période de calme, en dehors de toute inflammation aiguë, qui sera l'opération de choix. Il en sera ici comme des salpingites, qu'on évite d'opérer dans la période d'accidents aigus.

Mon but, en prenant la parole, était d'appeler l'attention sur un accident assez rare de la pérityphlite suppurée, je veux parler de la pleurésie purulente.

J'ai eu trois fois occasion de constater cette complication dans les circonstances suivantes :

Obs. I. — Appelé, au mois de mai 1891, auprès d'un jeune homme de 17 ans atteint d'une inflammation aiguë de la fosse iliaque droite, je constatai les phénomènes suivants :

Le ventre est ballonné en totalité et douloureux. On sent du côté droit, au-dessus de la crête iliaque et descendant jusque vers les fausses côtes, une tuméfaction profonde, douloureuse, sans limites bien nettes, avec sonorité superficielle.

Comme l'affection remonte à six jours, que la température reste élevée, 39°,5, avec pouls fréquent, je déclare qu'il existe un abcès profond et qu'on doit pratiquer une incision.

L'opération est pratiquée le 18 mai. Sous l'influence du chloroforme, la tuméfaction profonde devient plus nette et est plus facile à limiter.

Une incision est pratiquée en dedans et au-dessus de la crête iliaque. Aussitôt les muscles et l'aponévrose profonde incisés, je rencontre le cæcum légèrement adhérent à la paroi. Son bord externe est détaché avec soin, et aussitôt un flot de pus s'échappe au dehors avec violence. L'abcès occupait la fosse iliaque derrière le cæcum et remontait assez haut du côté du rein.

Sans rechercher l'appendice, que je ne savais pas dans la cavité, un lavage abondant fut pratiqué avec de l'eau salée.

Un gros drain, entouré de gaze iodoformée, est introduit dans cette cavité.

Le lendemain, quand j'enlevai le premier pansement, je fus très étonné de trouver ce jeune homme avec une température aussi élevée qu'avant l'opération et le pouls plus fréquent. L'état général s'était aggravé, et tout nous faisait craindre une fin prochaine.

Le pansement fut renouvelé et la plaie lavée longuement avec une solution de sublimé, car il semblait que cette cavité purulente était la cause de la continuité des accidents.

Après quarante-huit heures, l'état du malade restait stationnaire sans amélioration, lorsque je m'aperçus que la respiration était courte et rapide. L'auscultation démontra aussitôt qu'une pleurésie très étendue occupait tout le côté droit, sans que le malade ait accusé de ce côté ni souffrance ni point de côté qui ait appelé l'attention.

Une ponction pratiquée aussitôt montra qu'il s'agissait d'une pleurésie purulente.

Pendant que l'aiguille de l'opérateur servait de conducteur, on pratiqua l'empyème séance tenante.

A partir de l'évacuation du pus, la fièvre, les phénomènes généraux cessèrent aussitôt, et un mois après cette double intervention, le malade était complètement guéri.

Obs. II. — Une seconde observation est encore plus intéressante, car elle montre le danger que peut faire courir à un malade la présence de cette pleurésie purulente secondaire.

Je fus mandé, au mois de février 1892, auprès d'un jeune homme de 14 ans qui, depuis cinq jours, était atteint de péritonite subaiguë avec

inflammation dans la fosse iliaque droite. Ce qui frappait le plus chez ce malade était l'élévation de la température, qui s'était maintenue depuis le début à plus de 40°. Cette température élevée indiquait donc bien le caractère septique de l'affection. En examinant l'abdomen, on trouvait une rénitence étendue à tout le côté droit, mais sans tuméfaction appréciable. Cependant, vu l'état général grave, je proposai une intervention. Celle-ci fut rejetée par les médecins consultants et par la famille. Je n'osai insister à cause de l'absence de tuméfaction appréciable et localisée dans la fosse iliaque.

Pendant dix jours, je ne revis pas le malade, lorsqu'un soir, à onze heures, on vint me chercher précipitamment.

Nous trouvâmes le jeune homme assis sur son lit et asphyxiant depuis le matin.

Une énorme pleurésie purulente occupait le côté droit.

Une ponction pratiquée aussitôt donna un demi-litre de pus fétide. Mais tout à coup survint une syncope, et le malade mourut entre nos mains sans que rien pût le ranimer.

Il est possible que dans ce cas, comme dans le précédent, une intervention hâtive dans les deux foyers aurait amené une guérison.

Obs. III. — Le troisième exemple d'accidents purulents du côté de la plèvre ou du poumon consécutifs à une pérityphlite m'a été fourni par un de mes amis, médecin en province.

En 1882, il vint me consulter pour des phénomènes douloureux occupant la fosse iliaque droite et dus à la présence d'une petite tumeur qu'on sentait manifestement en ce point. M. le professeur Guyon, qui l'examina également, crut à la présence d'une pérityphlite.

Une saison à Plombières améliore l'état du malade, mais cependant la douleur locale persiste encore.

En 1886, en pleine santé apparente, il est pris d'un frisson brusque et violent avec point de côté à la base du poumon droit. La température monte à 40°. Il expectore des crachats hémoptoïques suivis bientôt de l'expulsion de morceaux de tissu pulmonaire gangrené avec du pus.

Après six jours, tout était terminé.

Le professeur Bouchard, qui vit le malade, n'hésita pas à considérer qu'il s'était produit là des accidents pulmonaires par propagation d'une lésion pérityphlique, car le côlon était gros, douloureux à la pression, et on trouvait au-dessous de lui une tuméfaction notable.

En 1889, nouvel accès violent de pérityphlite, avec formation d'une vaste induration inflammatoire occupant toute la fosse iliaque et remontant jusque sous les fausses côtes. Je fis à ce moment dans la partie la plus saillante une ponction exploratrice sans résultat.

Cette poussée dura trois mois sans fournir de pus d'une façon évidente.

Depuis cette époque, trois attaques nouvelles, quoique un peu moins violentes, mais ayant toujours duré trois mois au moins, ont beaucoup fatigué le malade.

Actuellement le côté droit est toujours sensible, et on sent toujours une induration profonde qui indique la présence du foyer ancien.

En présence de ces rechutes, il me semblerait très logique d'aller à la recherche de la lésion et de l'enlever avec précaution. Je le répète encore, c'est cette pratique qui sera employée dans l'avenir pour guérir d'une façon définitive cette lésion, qui donne des rechutes si fréquentes et est quelquefois cause de la mort.

M. Terrier. Messieurs, la question discutée à la Société de chirurgie me paraît un peu vaste et nécessiter des divisions parfaitement établies.

J'ai déjà insisté et j'insiste encore sur la séparation bien nette des appendicites purement inflammatoires de celles qui résultent de la tuberculose. Quoi qu'on en ait dit, celles-ci ont une marche et une terminaison toutes spéciales, et leur existence doit être établie par l'union de la clinique avec les recherches micro-bactériologiques et par les inoculations aux animaux.

Un autre type de l'appendicite doit être mis de côté ou au moins étudié à part, c'est l'appendicite suppurée aiguë, avec péritonite plus ou moins diffuse. Ici, les accidents éclatent avec fracas, les phénomènes morbides se suivent avec rapidité, la vie des malades est rapidement compromise par la péritonite septique ; aussi est-on d'accord pour réclamer dans ces cas une intervention chirurgicale hâtive, mais grave. Médecins et chirurgiens semblent sur ce point partager les mêmes doctrines d'intervention, et la question ne me paraît plus être l'objet d'une discussion sérieuse aujourd'hui.

Dans ces circonstances, toujours fort graves, le pronostic opératoire doit être réservé, fort réservé même, car en consultant mes statistiques hospitalières, j'arrive à une mortalité de 50 0/0, mortalité qui certes me semble au-dessous de la vérité. Cette gravité de l'opération s'explique des plus facilement par la multiplicité des lésions péritonéales le plus souvent diffuses, et cela au bout d'un temps très court, alors que par un traitement médical dit rationnel, on pouvait espérer arrêter ou enrayer la marche des phénomènes morbides.

L'observation que je vous communique en premier lieu est un cas de ce genre ; ici il n'y avait pas lieu de discuter l'intervention, elle s'imposait, et le médecin devait faire appeler le chirurgien, quelle que soit son horreur du bistouri.

Obs. I. — *Appendicite aiguë. Laparotomie. Résection de l'appendice. Évacuation de foyers purulents. Drainage.*

(Observation recueillie par M. Aldebert, interne du service.)

Le nommé Bessières (Charles), âgé de 21, garçon marchand de vins, entre à l'hôpital Bichat le 4 juin 1891, salle Jarjavay, lit 31.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Sur dix enfants, six sont morts, plusieurs de méningite, les autres de cause ignorée du malade. Les survivants sont bien portants.

Antécédents personnels. — A 9 ans il a été soigné à l'hôpital Trousseau pour une affection oculaire dont il ne subsiste aucune trace et pour une coxalgie droite. Dix-huit mois de traitement. Actuellement on ne trouve aucun vestige de ces deux affections et les deux articulations coxo-fémorales ont une égale et normale mobilité.

Pas d'autres maladies. B... jouissait d'une bonne santé habituelle, n'avait jamais eu de troubles intestinaux sérieux et n'était point sujet à la constipation.

Le 31 mai 1891 vers cinq heures du soir, il éprouve brusquement de très vives douleurs dans la fosse iliaque droite, sous forme de coliques violentes qui durent environ quatre heures et qui s'atténuent ensuite un peu, mais qui l'empêchent de dormir dans la nuit du 31 mai au 1er juin.

Ces phénomènes douloureux ont persisté le 1er et le 2 juin, atteignant leur maximum le 2 au soir ; ils se sont étendus dans toute la partie inférieure de l'abdomen, tout en conservant leur prédominance dans la fosse iliaque droite; ils ont présenté toujours leur caractère de continuité avec des exacerbations intermittentes sous forme d'élancements très pénibles perçus à droite et durant parfois deux heures. Pendant ces trois jours il a eu une selle quotidienne, normale ; absence complète de vomissements.

Le 3 juin le Dr Maly appelé, lui ordonne de la glace sur l'abdomen, qui n'était pas plus ballonné qu'il ne l'est actuellement et le régime lacté, ce qui provoque de la diarrhée; le même jour, le malade a un vomissement, qui ne s'est pas reproduit depuis, à la suite de l'ingestion de deux œufs.

Le 4, il entre à l'hôpital, se trouvant un peu mieux. Température du 4 au soir, 37°,6.

État actuel, 5 juin. — Léger aspect typhoïde : un peu d'affaiblissement, narines pulvérulentes, langue saburrale, humide. L'abdomen est légèrement tendu ; il est douloureux à la palpation profonde dans toute sa partie inférieure, mais la douleur est beaucoup plus vive dans la fosse iliaque droite. Le malade y éprouve une douleur sourde, une sensation de tension considérable, les coliques ont cessé.

La palpation permet de constater une résistance plus grande des muscles abdominaux du côté droit. Dans la fosse iliaque, près et parallèlement à l'arcade crurale existe une tumeur un peu diffuse, assez difficile à délimiter quant à ses contours, large de trois travers de doigt environ et allongée; elle arrive presque jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure en dehors et jusqu'à l'épine pubienne en dedans. Elle est submate, élastique, un peu rénitente, mais sans fluctuation franche, et très douloureuse. A ce niveau la peau présente ses caractères normaux, pas d'œdème ; léger développement de la circulation veineuse sous-cutanée.

Anorexie absolue; pas de vomissements; plusieurs selles liquides. Nuages albumineux dans ses urines. Temp. matin, 37°; soir, 38°,8.

Diagnostic : Appendicite aiguë, sans péritonite généralisée, avec foyer suppuré dans la fosse iliaque droite.

6 *juin*. Ce matin le ventre est un peu plus tendu, mais les douleurs ne sont ni plus vives, ni plus généralisées. Dans la nuit plusieurs vomissements verdâtres. Temp. 37°,5.

Opération à 9 heures du matin par M. Terrier, aidé par M. Broca; chloroforme par M. Aldibert : bien supporté. — Incision verticale de 7 à 8 centimètres à trois travers de doigt en dehors de la ligne médiane, des divers plans de la paroi, d'ailleurs peu vasculaire. Derrière le péritoine pariétal est étalé l'épiploon enflammé, rouge et épaissi. Le doigt cherchant à l'isoler par en bas crée une petite perforation d'où l'on voit sourdre un pus clair, d'odeur infecte, ne contenant pas de grumeaux de matières intestinales; lavage au sublimé à 1/1000e. L'épiploon est dégagé de bas en haut, pédiculisé, lié en chaîne et réséqué. Vers la ligne médiane, on trouve l'intestin grêle dont les anses sont partiellement agglutinées par des fausses membranes fibrineuses. En dehors, on voit le cæcum, dont le fond présente un sac péritonéal sans méso; ce cæcum, modérément distendu, présente, par places, à sa face séreuse, des éraillures et des adhérences pseudo-membraneuses rompues, venant sans doute de l'épiploon. A sa partie inféro-interne, aboutit très nettement la dernière anse de l'intestin grêle, oblique en haut et en dedans, formant avec le fond du cæcum un angle ouvert en bas, dans lequel est un magma d'adhérences d'où l'on voit sourdre du pus. Ce magma étant attaqué avec l'ongle, on en dégage l'extrémité de l'appendice, qui très friable, se déchire sous la pince à griffes. Finalement l'appendice entier, grêle, rose clair, sans néo-membranes périphériques, long de 6 à 7 centimètres est attiré; il était logé et replié derrière le cæcum : il ne présente ni corps étranger, ni perforation apparente; il est lié à sa base et réséqué. Pendant la toilette de la région on ouvre une collection purulente située en dedans et fuyant vers le petit bassin. Lavage de toute la région opératoire au sublimé à 1/1000e. Un gros drain va dans le foyer pelvien, un autre drain est placé contre la base de l'appendice. Suture en étages de la paroi. Pansement iodoformé avec la gaze.

Durée totale de l'opération, 55 minutes. On a usé 30 grammes de chloroforme.

6 *juin*, soir. Le malade est très soulagé et ne souffre plus dans la fosse iliaque droite. Pas de vomissements. Ni gaz, ni selles. Urine spontanément. Temp. 38°,2. Pouls à 112 un peu mou. Respiration 40.

7 *juin*, matin. Cessation presque complète des phénomènes douloureux. Pas de vomissements. Temp. 38°,4. Pouls à 108. Respiration 40.

On refait le pansement dont les pièces sont tachées en rose clair. Par les deux drains s'écoule une sérosité fluide et un peu noirâtre, sans odeur fécaloïde. On remplace les gros drains par d'autres plus petits. L'abdomen est un peu moins tendu qu'avant l'opération; la palpation ne provoque de douleur que dans la fosse iliaque droite.

7 *juin*, soir. Le malade affaissé et somnolent, répond lentement aux questions qu'on lui pose. Son facies devient péritonéal: les traits sont pincés, le nez effilé; les narines restent pulvérulentes, la langue humide, sans onduit saburral. Gaz rendus par l'anus; pas de selles pas de vomissements. L'abdomen paraît plus tendu que le matin, mais il n'est pas plus douloureux. La peau visqueuse, reste plissée lorsqu'on la pince. Le pouls est trés rapide, á 120, mou, dépressible, filant, petit et irrégulier.

Dyspnée assez marquée (44 respirations). Rien à l'auscultation du cœur ou du poumon. Temp. 38°,2. On prescrit des injections sous-cutanées de caféine et d'éther. L'oxygéne en inspiration.

Le malade tombe dans le collapsus et meurt à 11 heures du soir.

Autopsie le 9 juin. — *Abdomen.* — Distension considérable du gros intestin surtout qui remplit presque tout l'abdomen, tandis que l'intestin grêle moins distendu et agglutiné par des fausses membranes est reporté presque en totalité dans le petit bassin.

Lésions de péritonite aiguë généralisée. Injection des anses intestinales, pseudo-membranes molles disséminées sur l'intestin grêle.

Région cæcale. — On trouve d'abord, sur un premier plan, le moignon épiploïque réséqué, collé et adhérent à la face antérieure du cæcum, dont on le détache facilement. On tombe alors sur une masse intestinale couverte de membranes molles, constituée par le cæcum et des anses d'iléon agglutinées entre elles; en détachant ces adhérences, on rencontre un petit abcès contenant une cuillerée à café de pus, logé entre deux anses d'intestin grêle, près du cæcum.

On pose une ligature sur l'extrémité de l'iléon, une seconde sur le côlon escendant et on enleve toute la masse intestinale. On voit alors très nettement que le cæcum adhére de toutes parts et d'une façon assez intime au péritoine pariétal; à la partie inférieure et interne existe le trajet allant vers le petit bassin, drainé et qui ne contient pas de pus.

On enlève alors le cæcum avec le péritoine pariétal auquel il adhère. On ne découvre nulle part l'appendice iléo-cæcal. On fend alors le cæcum, rempli de matières fécales jaunes et de consistance solide et on introduit dans l'appendice une sonde cannelée, par son orifice interne; elle est arrêtée à une profondeur d'un demi-centimètre par un obstacle infranchissable. Alors on sectionne l'appendice avec un bistouri sur la sonde cannelée. Cette section permet de se rendre compte des particularités intéressantes qu'il présente. La ligature, en effet, portée sur l'appendice, siège presque á sa base, à un demi-centimètre du cæcum, mais elle ne porte que sur le cylindre muqueux de l'appendice qu'elle obture complétement. On voit, en effet, en dehors de ce cylindre ligaturé, le cylindre musculaire et la tunique séreuse qui l'entourent complétement et le débordent par en bas d'une assez grande longueur, si bien qu'il était absolument impossible de voir la ligature recouverte des tuniques musculeuse et séreuse. Cette disposition explique l'aspect de l'appendice réséqué pendant l'opération: il était, en effet, grêle rose pâle, absolument lisse, et il ne se présentait, à sa face externe, au

cune lésion inflammatoire : c'était le cylindre muqueux décollé, par traction, des cylindres musculeux et péritonéal adhérents restés dans l'abdomen et retrouvés à l'autopsie.

Cet appendice siège sur la surface postérieure du cæcum, dans l'angle formé par le cæcum et l'intestin grêle ; c'est dans ce point que les lésions de péritonite adhésive sont le plus accentuées.

Le *foie* est pâle et un peu gras. Les *reins* sont très congestionnés, mais ne présentent pas d'autres lésions à l'œil nu. Le *cœur* est volumineux, le myocarde mou et pâle. Les *poumons* sont fortement congestionnés, surtout dans les deux lobes inférieurs.

Cette observation n'offre en fait qu'un intérêt banal, c'est la classique appendicite aiguë suppurée et ayant entraîné une péritonite généralisée, sans trop grands fracas dans l'espèce ; mais la péritonite septique. Le point curieux, c'est ce ramollissement des tuniques séreuse et musculaire de l'appendice, qui ne permet pas de les isoler des parties voisines, alors que l'intégrité relative de la muqueuse facilite son décollement des deux autres tuniques et permit de l'enlever après l'avoir liée à sa base vers le cæcum. On voit encore, qu'ici la cause immédiate de l'appendicite nous échappe, la muqueuse appendiculaire semblant intacte.

Les deux autres observations que j'ai à vous communiquer ont trait à une tout autre lésion, ou du moins à une époque où la lésion de l'appendice n'existe plus à l'état aigu. C'est dans ces circonstances que nombre de médecins, et des plus distingués, voire même de mes collègues de la Société, sont d'avis de ne pas intervenir et de laisser les choses en les abandonnant aux moyens médicaux divers plus ou moins rationnels et classiques,

Dans ces cas, après des accidents généralement graves uniques ou répétés, il reste dans la fosse iliaque des lésions tangibles, palpables, dues aux restes de manifestation inflammatoire du côté de l'appendice, du péritoine et, j'y insiste, de l'épiploon; car l'épiploïte concomittante paraît avoir échappé, ou presque, aux médecins qui se sont plus spécialement occupés de cette question. Ces lésions s'accompagnent de douleurs plus ou moins vives, de gêne parfois seulement; en tous cas, les sujets ne peuvent reprendre leurs occupations habituelles et leur vie active ordinaire. Or, dans ces circonstances, je n'hésite pas à proposer l'intervention. En voici deux exemples suivis de succès :

Obs. II. — *Péritonite péri-appendiculaire. Laparotomie. Résection de l'appendice. Ligature du pédicule. Suture intestinale. Drainage. Guérison.*

(Observation recueillie par M. le Dr Hartmann.)

Mme Benoit née L... (Julie), âgée de 24 ans, repasseuse, entre à Bichat le 3 février 1891, salle Chassaignac, lit 9.

Antécédents personnels. — Réglée à 18 ans, mariée à 19 ans et demi; à la suite de ce mariage les règles ne sont pas modifiées, elles sont toujours régulières avec un peu d'avance chaque fois et durant de deux à trois jours.

Onze mois après son mariage elle accouche d'un enfant à terme.

Il y a trois ans, à la suite d'un choc, abcès de la marge de l'anus qui a duré un mois.

Au mois de mars 1890, la malade est soignée pour une maladie qui la retient trois mois au lit et qui est baptisée fièvre typhoïde (? ?). Les principaux symptômes semblent avoir été : ballonnement du ventre avec hyperesthésie; vomissements fécaloïdes pendant trois jours; douleur continue dans le ventre, mais surtout marquée à droite; constipation ayant duré tout le temps de la maladie. Pas de céphalalgie. La convalescence a duré cinq mois.

Depuis, la malade est assez bien portante mais elle souffre toujours du côté droit. Les douleurs reviennent par crises à peu près tous les quinze jours et reparaissent à la moindre fatigue. Les époques menstruelles les réveillent également. Selles quotidiennes régulières; appétit excellent et bonnes digestions; quelques pertes blanches.

État actuel (20 février 1891). — On sent dans la fosse iliaque droite un cordon arrondi dont on perd la limite supérieure à moitié distance de la crête iliaque et de l'ombilic. C'est un cordon du volume du pouce qui se continue inférieurement avec une masse située dans l'excavation pelvienne à droite et en avant de l'utérus. Toute cette masse est dure et peu sensible.

Le col utérin, de forme assez régulière, regarde légèrement en arrière, il est parfaitement mobile et sans douleur dans le sens antéro-postérieur mais sa mobilité est diminuée dans le sens transversal. A gauche on ne sent rien sur les côtés de l'utérus.

Les signes fonctionnels assez peu accusés. Les garde-robes sont régulières, pas de symptômes vésicaux; la malade souffre seulement de douleurs dans la fosse iliaque droite, quelquefois dans les reins ces douleurs s'exaspèrent au moment des règles, pas de fièvre.

(A signaler accessoirement une malformation de la voûte palatine qui est large et plane et un écartement d'un centimètre sur la ligne médiane qui sépare les incisives supérieures. De là un nasonnement semblable à celui produit par une perforation. Sa fille présenterait la même malformation.)

Diagnostic. — Après avoir tout d'abord pensé à une salpingite droite, on conclut à une lésion probable de l'appendice iléo-cæcal avec gâteau de péritonite chronique adhésive (Hartmann).

L'*examen des urines* a donné les résultats suivants :

Densité..........................	1005.
Réaction..........................	acide.
Aspect..........................	jaune pâle limpide.
Urée par 24 heures..............	12 grammes.
Grande quantité d'urates..........	
Sucre..........................	néant.
Albumine..........................	néant.

Laparotomie le 21 février 1891, par M. Terrier, aidé du Dr Hartmann. — On fait une incision médiane sous-ombilicale, mais on ne peut soulever le péritoine pour le sectionner franchement, les parties sous-jacentes y adhérant. L'ouverture est faite avec précaution et on décolle l'*épiploon* pour le relever. L'incision est prolongée jusqu'à deux centimètres au-dessus de l'ombilic.

Portant la main vers la fosse iliaque droite, on sent très nettement une bride étendue qui se dirige vers le fond de l'utérus. Pour y arriver il faut décoller plusieurs anses intestinales adhérentes et dans ces manœuvres les deux tuniques séreuse et musculaire du côlon descendant sont déchirées sur une hauteur de trois centimètres environ. Quatre points de suture de Lembert en soie fine et quatre points de soutien par-dessus réparent cette lésion.

On arrive ensuite sur une sorte de cordon en anse du volume d'une plume d'oie; partant du cæcum (qui déborde le bord inférieur de la fosse iliaque) cette bride descend tout d'abord vers l'utérus, adhérant aux anses de l'intestin grêle, puis se termine après un trajet rétrograde en s'insérant en haut sur une anse de l'intestin grêle. On cherche à décoller avec l'ongle cette insertion. La séparation se fait, mais il reste alors sur l'intestin libéré une perforation arrondie correspondant exactement comme forme et comme dimension à l'extrémité du cordon signalé.

Celui-ci, qui n'est autre que l'appendice, est coupé au-dessous d'une ligature, au voisinage immédiat du cæcum. La perforation de l'intestin grêle est suturée, muqueuse d'abord, puis le deux autres tuniques ensuite.

On essaie de fixer l'extrémité inférieure de l'appendice sectionné en bas de la plaie abdominale; mais on constate que l'on a ainsi des tiraillements qui constituent à nouveau une bride. On la laisse donc en place, se contentant d'amener en son voisinage un petit drain.

Plusieurs ligatures sont placées sur des points d'épiploon déchiré et sur des points d'adhérences fibreuses résistantes et saignantes, dans la fosse iliaque droite.

Sutures à trois étages de la paroi abdominale. L'opération a duré quarante-huit minutes et nécessité l'emploi de 45 grammes de chloroforme.

21 *février*, soir. La malade ne se trouve pas mal, n'est pas abattue et ne souffre pas. Elle n'a pas vomi et a uriné avec la sonde. Le pouls est assez fort et lent.

Les règles, qui avaient pris fin la veille de l'opération après leur temps normal, se montrent légèrement de nouveau. Température, 38° pouls, 76; respiration, 28.

22 *février*. Matin : température, 37°,2; pouls, 80; respiration, 24. — Soir : température 37°,4; pouls, 84; respiration, 24.

La malade a peu dormi mais ne se plaint pas de son ventre; quelques vomissements bilieux depuis la veille; dans la journée gaz par l'anus; urine seule avec quelque douleur. Quantité d'urine, 400 grammes en vingt-quatre heures. Champagne, lait.

23 *février*. Matin : température, 37°,2 ; pouls, 80 ; respiration, 24. — Soir : température, 37°,3 ; pouls, 80 ; respiration, 24.

La malade continue à aller très bien, les règles persistent, gaz abondant par l'anus, urines 900 grammes. Le pansement est fait, le suintement par le drain est séro-sanguinolent et peu abondant. Champagne, lait, bouillon.

24 *février*. Matin : température, 37° ; pouls, 72. — Soir : température, 37°,2 ; pouls, 88.

La malade est dans le même état, urines, 500 grammes en vingt-quatre heures. 2e pansement, écoulement identique, raccourcissement des drains, même alimentation.

25 *février*. Matin : température, 37° ; pouls, 74. — Soir : température, 37° ; pouls, 80.

Cessation des règles, urines, 500 grammes en vingt-quatre heures.

26 *février*. Température, matin, 37°,2 ; soir, 37°,6.

État excellent, urines, 600 grammes en vingt-quatre heures.

27 *février*. Température, matin, 37° ; soir, 37°.

Jusqu'ici la malade n'était pas allée à la selle. On prescrit un lavement ; garde-robe très abondante. On commence à donner de la viande.

Du 27 *février* au 8 *mars*. La malade continue à aller très bien sans la moindre élévation de température, saus accuser de douleur et allant régulièrement à la selle. Le pansement est fait tous les deux ou trois jours. L'écoulement très peu abondant. Le drain raccourci chaque fois.

9 *mars*. Suppression du drain.

11 *mars*. La malade passe dans la salle commune ; elle n'a pas eu d'élévation de température depuis la suppression du drain. La plaie abdominale est cicatrisée et souple à la partie inférieure, le trajet du drain n'est pas tout à fait oblitéré.

14 *mars*. La malade, qui s'est levée la veille et l'avant-veille et qui est restée constipée, a été reprise de fièvre, 38°,4. De nouveau apparaissent des douleurs dans la fosse iliaque droite. La constipation persiste malgré les paquets de naphtol et de salicylate de magnésie. Il existe une rénitence manifeste dans la partie inférieure droite du ventre.

19 *mars*. Condamnée au repos et son intestin ayant été entièrement débarrassé de ses matières, la malade ne souffre plus et la température redevient normale.

28 *mars*. Élévation thermique qui semble encore due à de la constipation. Purgation.

1er *avril*. Petit abcès à la partie inférieure de la plaie, qui guérit sans accident, mais qui est cause d'une température de 40°. Petit trajet fistuleux en haut de l'incision par lequel on enlève un fil de soie.

22 *avril*. La malade sort de l'hôpital. Sa cicatrice a une longueur de 12 centimètres, dépassant l'ombilic de 2 centimètres, arrivant à 1 centimètre du pubis.

A la partie supérieure persiste un petit orifice fistuleux par où passe un fil qu'on enlève. A la partie inférieure petite fistulette qui suinte très peu. Pas d'éventration.

9 *mai*. La malade revient se faire voir à l'hôpital. Quelques jours avant, un autre fil a suppuré et a été éliminé. La cicatrisation de l'abcès est faite et le ventre est souple et non douloureux. Très bon état général.

A la fin de juillet, nous revoyons la malade qui amène une de ses amies dans le service. Elle va très bien, le ventre est partout souple et sans la moindre induration.

La malade est encore revue en janvier 1892, elle est fort bien et son état général est parfait.

Cette observation me paraît fort instructive; en effet, après une maladie dite fièvre typhoïde, surviennent des troubles du côté de la fosse iliaque droite, troubles caractérisés par des douleurs peu vives d'ailleurs, mais surtout par l'existence d'une tumeur allongée, sorte de corde tendue dont la nature fut rapportée à l'appendice enflammé et adhérent.

Or, l'opération a nettement démontré qu'il s'agissait là d'une appendicite ayant entraîné déjà des lésions multiples, soit du côté de l'épiploon, ce qui paraît la règle, soit du côté de l'intestin, car l'appendice, adhérant par son extrémité à une anse de l'intestin grêle, y avait déterminé des adhérences inflammatoires telles que la dissociation de ces adhérences entraîna une perforation de l'intestin qui dut être suturé. Les suites de l'intervention furent en fait très favorables et, sauf un léger accident, au moment où la malade s'est levée pour la première fois et qui nécessita un repos un peu plus prolongé, la guérison fut parfaite et se maintenait fort bien après une année.

La troisième de mes observations à trait à une forme bien connue d'appendicite dite appendicite à répétition. Notre malade, fort intelligent, ne pouvant continuer son travail et ne pouvant se donner le luxe d'un traitement médical, d'ailleurs plus ou moins efficace, n'hésita pas à accèpter l'intervention chirurgicale que nous lui proposions. Et comme vous le verrez [1], il n'a eu qu'à se louer de cette détermination et de mon intervention active.

Obs. III. — *Appendicite à rechutes. Laparotomie. Enlèvement de l'appendice perforé. Guérison.*

(Observation recueillie par M. Hartmann et rédigée par M. Touche, interne du service.)

H... (Émile), 30 ans, peintre en voitures, entré le 5 mars 1892, salle Jarjavay, lit n° 30.

Père et mère bien portants. Le malade fut assez fortement atteint pendant l'épidémie d'influenza de 1889. Depuis cette époque, H... est

[1] L'opéré est présenté aux membres de la Société de chirurgie.

resté un peu dyspeptique. Les digestions étaient lentes, s'accompagnaient d'une sensation de pesanteur épigastrique. Pas de constipation habituelle.

Le 17 juillet 1891, dans l'après-midi, le malade éprouve une vive douleur abdominale surtout marquée au niveau de la fosse iliaque droite. L'abdomen était un peu tendu, mais il n'existait pas de véritable ballonnement. Il n'y eut pas de vomissements. H... resta trois jours sans aller à la selle; puis les selles reparurent à la suite de l'administration de calomel. La tension et la douleur abdominales disparurent complètement au bout de huit ou dix jours. Pendant les premiers jours de cette crise douloureuse le malade aurait eu un léger mouvement fébrile.

Le 21 septembre 1891 le malade eut une seconde crise en tout semblable à la première : même début, mêmes symptômes, même durée; léger mouvement fébrile.

Le 2 décembre 1891, réapparition des mêmes accidents. Cette fois, la crise fut apyrétique. Dans l'intervalle des crises la santé de H... était très satisfaisante. La douleur abdominale était complètement éteinte, les digestions étaient faciles, les selles absolument normales.

La dernière crise eut lieu le 29 février 1892 à trois heures de l'après-midi. Cette crise fut en tout semblable aux précédentes. Elle fut apyrétique.

Tous les symptômes avaient complètement disparu le 5 mars suivant, jour où le malade entra à l'hôpital Bichat.

Etat actuel au 9 *mars* 1892. — Rien d'appréciable à l'inspection du ventre partout souple, dépressible, indolent, excepté cependant en un point situé vers le milieu d'une ligne qui tombe perpendiculairement de l'ombilic sur l'arcade crurale. En ce point on constate l'existence d'une tuméfaction profondément située au contact de la paroi abdominale postérieure, tuméfaction de forme générale arrondie, assez difficile à bien délimiter, ferme, douloureuse à la pression, et ne pouvant être mobilisée.

Supérieurement, cette tumeur ne semble pas remonter vers le flanc et, par le palper bimanuel de la fosse lombaire, on ne constate pas de prolongement de la tumeur de ce côté. Rien à l'auscultation du poumon. Rien à noter sur le reste du corps.

Laparotomie, le 12 *mars* 1892, par M. Terrier, aidé de MM. Hartmann et Broca. — Incision le long du bord externe du muscle droit, commençant un peu au-dessus de l'arcade crurale et s'étendant en haut et un peu en dehors dans une hauteur de 12 à 15 centimètres. L'abdomen ouvert, on arrive sur la face antérieure du *grand épiploon* manifestement épaissi mais peu adhérent à la paroi abdominale antérieure cherchant à le relever, on constate qu'il adhère à la jonction iléo-cæcale.

Deux pinces courbes sont placées isolant la portion d'épiploon adhérente. Section entre les deux pinces, puis décollement de la portion adhérente, l'autre restant protégée par des compresses. Le dé-

collement d'avec le cæcum, l'appendice et la terminaison de l'iléon se fait assez facilement avec l'ongle et sans provoquer de notable écoulement sanguin.

Cette portion d'épiploon enlevée, on voit nettement les parties. Le cæcum et la fin de l'intestin grêle, sauf des portions rougeâtres résultant du décollement de l'épiploon, ne présentent aucune lésion; l'appendice, au contraire, situé en bas de la jonction iléo-cæcale, dans l'angle inférieur, est manifestement épaissi et plus rigide que normalement. On le prend avec une pince de Kocher et l'on sectionne le repli appendiculaire antérieur, ce qui donne un jet de sang. Le repli est alors pincé et ligaturé.

L'appendice est à son tour sectionné un peu au-dessous de sa base. Pour le fermer, un premier fil de soie obture la muqueuse, puis un deuxième rabat la section au contact de la paroi cæcale. Enfin un troisième fil est placé d'une manière irrégulière et se trouve saisir un peu de péritoine pariétal. L'épiploon est ramené en bas et en dedans du foyer opératoire, de manière à le limiter. Un gros drain est placé debout jusque dans le foyer jadis occupé par l'appendice malade.

Suture de la paroi à trois étages : péritoine et aponévroses au fil de soie, peau au crin de Florence.

L'appendice incisé est notablement épaissi. Cet épaississement porte surtout sur la muqueuse qui a conservé sa coloration grise, à part un point où elle est rougeâtre, ulcérée. A ce niveau existe une *perforation* de l'appendice qui arrive sur la partie latérale du méso-appendice et dans laquelle on enfonce très facilement un fin stylet métallique [1] ou bien une épingle. Cette perforation était temporairement obturée par l'épiploon et les rechutes tenaient peut-être à des poussées d'épiploïte, ce qui ne me paraît pas assez connu des médecins.

12 *mars* 1892. Très bon état général. Quelques vomissements chloroformiques. Pas de rétention d'urine ; le malade urine spontanément. Pas de douleur au niveau de la plaie. La température n'atteint pas 37°.

13 *et* 14 *mars*. La température reste inférieure à 37°. Très bon état général ; pas de douleurs abdominales.

Le 14 *mars* le malade commence à rendre des gaz par l'anus.

15 *mars*. Pas de fièvre. Le malade va à la selle après un lavement.

16 *mars*. Premier pansement. Le drain est enlevé. Pas de rougeur au niveau de la plaie. Le drain est retiré absolument propre.

Les jours suivants, très bon état général. Pas de fièvre.

20 *mars*. Deuxième pansement. Les points de suture profonds sont enlevés. Il ne reste plus que trois points de suture superficiels.

27 *mars*. Troisième pansement. La plaie est partout réunie. Les derniers fils sont enlevés. La réunion est complète partout sauf au niveau du drain où existe un très léger sphacèle de la peau. La température n'a jamais dépassé 37°,3.

30 *mars*. Pansement au lint boriqué enduit de vaseline boriquée

[1] La pièce anatomique est présentée aux membres de la Société de Chirurgie.

pour faire tomber les croûtes qui restent au niveau des points de suture.

La plaie est complètement cicatrisée.

Le malade resta encore pendant tout le mois d'avril à l'hôpital, utilisé pour peindre des tables, etc., et attendant qu'on eût achevé la confection d'une ceinture abdominale.

Il sortit absolument guéri le 21 avril 1892.

La cicatrice est parfaite et sans trace d'éventration, ainsi qu'on peut s'en assurer. Quant à l'état général, il est aussi bon que possible, l'opération ayant fait cesser toute espèce de gêne du côté de la fosse iliaque.

L'intervention chirurgicale, faite *à froid*, c'est-à-dire en dehors des accès, dans les appendicites à rechutes, est conseillée déjà par nombre de chirurgiens, surtout en Amérique par mes amis Wier et Bull de New-York Hospital. Est-ce à dire que l'appendicite à rechutes ne peut guérir définitivement? La chose est possible et un de nos collègues des hôpitaux en est un exemple bien net, mais les accidents ont duré quatre années, et nul médecin ne peut affirmer que même avec cette longue durée, ils doivent fatalement disparaître.

Je compare d'ailleurs l'appendicite à la salpingite septique, c'est-à-dire suppurée ou en commencement de suppuration; le contenu de l'appendice transforme en effet l'inflammation de cet organe en une inflammation constamment exposée à devenir septique. Or, dans ces cas, il n'y a pas à hésiter, il faut enlever le foyer septique qui peut d'un moment à l'autre provoquer des accidents compromettant la vie des malades. La question n'est pas discutée pour la salpingite suppurée, elle ne doit pas l'être pour l'appendicite.

En résumé, messieurs, contrairement à l'opinion de nombreux médecins distingués, contrairement à l'opinion d'un petit nombre de membres de la Société, je considère l'appendicite comme une maladie qui est du ressort de la chirurgie et contre laquelle l'intervention est indiquée dans la majorité des cas, alors que les phénomènes morbides péritonitiques graves sont calmés, par conséquent pendant l'intervalle des crises dans les appendicites à répétition, après la crise péritonitique, dans les appendicites subaiguës.

M. Routier. Je vous rappellerai tout d'abord le fait qui m'est personnel, que j'ai du reste communiqué ici dans la séance de rentrée de 1890; je vous ai en effet apporté un appendice iléo-cæcal que j'avais enlevé à une jeune fille de 12 ans, opération faite en pleine santé, dans le but d'éviter la reproduction d'accidents qui, par deux fois, avaient mis les jours de l'enfant en danger.

Cet appendice replié sur lui-même adhérait à l'intestin grêle qu'il devait couder quand le cæcum se remplissait, contenait un calcul stercoral et un gros caillot de sang.

C'est un cas de guérison à ajouter à la statistique si consolante qu'a citée ici mon excellent collègue et ami Quénu dans la dernière séance.

L'enfant qui a subi cette opération et qui depuis va à merveille, avait eu deux attaques d'appendicite aiguë dans les six mois qui avaient précédé mon intervention; je vous rappelle de plus que jamais cette fillette n'allait à la garde-robe sans éprouver une vive douleur dans le ventre, plus spécialement vers la région ombilicale, avec pâleur subite de la face et souvent avec état syncopal.

J'enlevai cet appendice au moyen d'une laparotomie sous-ombilicale médiane; dans le choix de l'incision, je fus un peu guidé par ces douleurs constantes et par l'espoir d'avoir une cicatrice plus solide que celle qui aurait suivi la laparotomie latérale. Comme le disait M. Berger, on devrait établir une classification entre les diverses appendicites. Je ne sais si on pourrait facilement l'établir et si ces divisions seraient toujours faciles à distinguer : ce que nous savons bien, aujourd'hui, c'est que perforantes ou non, certaines appendicites entraînent le plus souvent la péritonite, ce sont les plus graves, pour ma part, quand j'ai été appelé auprès de malades atteints d'appendicite avec péritonite, malgré tout ce que j'ai pu ou su faire, presque tous mes malades sont morts; j'en excepterai ce jeune homme que j'ai présenté à l'Académie dix-huit mois après une laparotomie faite *in extremis* pour une péritonite purulente. Je ne garantis pas le diagnostic appendicite, il est fort douteux. J'ai perdu les autres.

Dans ce cas, je fis une incision dans la région du cæcum, et vu l'énorme quantité de pus qui sortit, vu la généralisation de cette purulence, je fis une seconde incision médiane sous-ombilicale.

Je ne trouvai pas de perforation, mais le jour même, il sortait par la plaie iliaque du lait et du bouillon, et il est permis de se demander si c'était une typhlite ou une perforation d'une anse d'intestin grêle pas très éloignée de son origine.

Tous mes autres malades sont morts, je vous ai déjà cité un cas où je fus induit en erreur par la douleur violente siégeant à gauche et où il y eut, entre le début des accidents et la mort, dans l'espace de quatre jours une rémission telle que le malade s'était cru guéri, et que je n'intervins pas.

L'appendice était perforé, avec calcul stercoral et il y avait une péritonite purulente généralisée.

Un second cas a trait à un enfant de 10 ans que je vis sept jours

après le début des accidents; il avait des vomissements porracés, le facies grippé, le pouls misérable, la langue sèche, le ventre dur et ballonné.

Je me contentai de l'incision latérale, iliaque; il y avait du pus en abondance dans le péritoine; mon intervention amena une légère sédation dans la marche de la maladie, ce qui est je crois exceptionnel; mais le troisième jour, la péritonite l'emportait, il avait coulé des matières fécales par la plaie.

J'ai été appelé trois jours après le début des accidents auprès d'un vieillard de 73 ans, qui fut brusquement pris d'accidents douloureux aigus dans la région cæcale, suivis de phénomènes d'occlusion, et compliqués de rétention d'urine ou pour mieux dire d'anurie.

L'incision de la région cæcale permit d'évacuer une forte collection de pus qui baignait les intestins; je n'ai vu dans ce cas ni la lésion de l'appendice, ni le calcul stercoral habituel, mais c'était à coup sûr une péritonite.

Pendant ce mois d'avril, j'ai eu l'occasion de voir un homme de 38 ans entré à Beaujon dans le service de M. Guyot, pour des phénomènes d'occlusion. Cinq jours avant, il avait été pris brusquement de vomissements, sans douleur affirmait-il. On l'avait purgé.

Quand je le vis, il avait des signes manifestes de péritonite généralisée, vomissements porracés, pouls filiforme, ventre ballonné.

Je pratiquai la laparotomie médiane, et j'évacuai ainsi une assez grande quantité d'un liquide en tout comparable à du bouillon sale tenant en suspension des flocons verdâtres; du côté du cæcum, assez haut, j'ouvris un foyer véritablement purulent et mon doigt ramena un petit calcul stercoral comme un petit pois.

L'appendice était atteint, je fis une seconde incision latérale et réséquai cet appendice qui était fortement contourné et perforé. Le péritoine fut largement lavé, le malade ne se réchauffa pas et mourut huit heures après l'opération.

Pendant ce même mois d'avril, j'ai assisté, toujours à Beaujon, un de mes collègues dans un cas absolument semblable qui a fini de même.

Je considère donc l'intervention dans les cas d'appendicites aiguës, pendant les accidents, comme une opération de toute gravité, et suis amené à conclure comme dans un article que j'ai publié dans la *Semaine médicale*, il faut savoir opérer à froid, c'est le moyen de guérir les malades.

Ce qui est par contre tout différent, c'est la typhlite suppurée, ou pour mieux exprimer ma pensée, la série d'accidents qui res-

semblent à s'y méprendre à l'appendicite, mais qui localisés sous le cæcum, aboutissent à un abcès extra-péritonéal ou tout au moins très circonscrit s'il est intra-péritonéal.

Il y a du péritonisme bien marqué, souvent de la péritonite circonscrite.

Je ne parle pas de ces cas très communs où l'on constate dès le début des accidents le fort empâtement de la fosse iliaque, la pérityphlite classique, mais de cas insidieux, dont j'ai pu observer deux spécimens analogues, je crois, à ceux dont a parlé ici mon ami Nélaton.

Dans mon premier cas, qui date de 1890, il s'agissait d'une jeune fille de 24 ans, caissière dans un magasin, qui fut subitement prise, le 2 janvier, d'accidents douloureux dans le ventre, accompagnés d'occlusion; quand je la vis, huit jours après, il y avait eu une garde-robe peu abondante, le ventre était modérément distendu, douloureux, sonore à la percussion, partout; la langue un peu collante, l'appétit nul, un état nauséeux persistant.

Le seul signe que je trouvai et que j'ai retrouvé, est le suivant :

Dans mes diverses explorations, quand je plaçais mon pouce sur la crête iliaque à gauche, je pouvais, en poussant doucement, vaincre la résistance musculaire et pénétrer dans la fosse iliaque.

Quand je voulais répéter la manœuvre à droite, il semblait que l'os iliaque se continuât par une cloison osseuse, il était impossible de pénétrer dans la fosse iliaque.

Je pratiquai une incision analogue à celle de la ligature de l'iliaque, et donnai issue à une quantité énorme de pus horriblement fétide, je drainai le foyer, il fallut deux mois pour assurer la guérison.

Je puis affirmer dans ce cas que l'intestin était perforé, j'ai vu sortir des matières et des gaz.

Les antécédents intestinaux et la marche de la maladie permettent d'affirmer qu'il s'agissait bien d'une typhlite.

Dans un cas plus récent qui est en très bonne voie de guérison, les choses se sont à peu près passées de même.

Un jeune homme de 22 ans, habituellement bien portant, n'ayant jamais eu d'accidents intestinaux, est pris subitement après un dîner très ordinaire, le 2 mai dernier, d'une douleur violente dans le flanc droit, puis de coliques assez vives, avec impossibilité d'aller à la selle.

Mon excellent ami le Dr Ledoux-Lebard voit le malade le lendemain, et ordonne un purgatif qui est vomi.

Le lendemain, vu la continuation et l'aggravation des accidents, je fus appelé.

Le facies était grippé, les yeux caves, la langue sèche, cornée,

le ventre, très météorisé, présentait une sensibilité exquise; la douleur rendait toute tentative de palpation absolument nulle, cependant, il y avait évidemment une douleur plus intense dans la région cæcale.

Ni selles ni gaz depuis trois jours, l'urine épaisse et bourbeuse ne dépassait pas 300 grammes par vingt-quatre heures.

Les vomissements, qui avaient eu lieu la veille de ma première visite et qui étaient bilieux, s'étaient arrêtés avec une potion de Rivière.

Le pouls était petit et rapide.

Je fis appliquer de la glace sur le ventre et donner de l'extrait thébaïque à dose de 1 centigramme toutes les deux heures.

Le soir, l'état n'était pas plus mauvais, au contraire, je constatai déjà la dépressibilité possible de la paroi au-dessus de la crête iliaque à gauche; *mais il y avait impossibilité absolue de produire la même chose à droite*, la paroi rigide et dure l'empêchait absolument.

Cinq jours après, les symptômes s'étant amendés, le pouls s'étant calmé, la température oscillant entre 37°,6 et 38°,2, le malade ayant rendu quelques gaz et ayant émis de 6 à 800 grammes d'urine, je hasardai un purgatif par l'huile de ricin qui produisit son effet.

L'état du malade ne s'améliorait pas franchement ; je redonnai un purgatif cinq jours après ; cette fois, la température monta à 39°,4, malgré une évacuation abondante.

Toutes les fois que le malade dormait, sa langue se séchait et devenait dure comme un copeau.

Toujours il existait un point douloureux au niveau de l'épine iliaque droite.

La sonorité au niveau du cæcum était parfaite.

Convaincu cependant qu'il y avait du pus, je proposai une intervention qui fut acceptée et pratiquée le 16 mai.

Me basant sur ce signe de la non-dépressibilité de la paroi au-dessus de la crête iliaque, je voulais me contenter d'une incision à ce niveau ; mais les accidents intestinaux et péritonéaux avaient été si nets que, dans la crainte d'une lésion à l'appendice, je fis d'abord une incision dans l'aine, près de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Par cette incision, j'arrivai sur une collection sous-cæcale ; il me fallut pour cela décoller le péritoine et l'intestin ; au cours de cette manœuvre, le péritoine fut ouvert : je vis le cæcum couvert d'arborisations vasculaires, mais je ne vis pas l'appendice, et comme il arriva un flot de pus infect, je ne poursuivis pas mes recherches.

Je pratiquai de suite une incision au-dessus de la crête iliaque, et ainsi fut largement ouvert un vaste foyer purulent qui descendait en dedans du détroit supérieur et qui occupait toute la fosse iliaque interne.

A travers le pus, je reconnus des matières stercorales ; les jours suivants, il est passé des gaz.

Depuis, la perforation intestinale semble s'être fermée ; la suppuration a continué, d'abord abondante, puis a diminué.

Malgré cela, tout me fait espérer une complète guérison prochaine ; le malade s'alimente et se lève ; il n'a plus que des plaies superficielles. Quel sera son avenir ? car il lui reste son appendice.

Dans ces deux derniers cas, bien que je n'aie pas la preuve anatomique, heureusement pour mes malades, il y a au moins une chose certaine, c'est qu'il y a eu une perforation intestinale.

Siégeait-elle sur le cæcum ou sur l'appendice, qui dans ces cas, aurait été, comme on peut le voir, quelquefois replié sous l'intestin ? C'est une hypothèse.

Ce qu'il y a de sûr, c'est que j'ai eu affaire à autre chose qu'à l'appendicite à forme péritonéale et à autre chose qu'à la typhlite ou pérityphlite classique.

Avec des phénomènes péritonéaux et intestinaux très marqués, je n'ai eu d'autre signe physique que cette raideur de la paroi abdominale latérale, rendant impossible toute dépressibilité au-dessus et parallèlement à la crête iliaque.

Et tandis que dans l'appendicite à forme péritonéale, les lésions ont leur maximum dans l'intérieur de la grande séreuse et causent des accidents qui, malgré l'intervention, conduisent souvent à la mort, dans cette forme que j'ai rencontrée et qui est bien différente des nombreuses typhlites ou pérityphlites classiques que j'ai aussi observées, le foyer se forme derrière le cæcum, et le seul signe physique qu'il m'ait été donné de percevoir, c'est la non-dépressibilité de la paroi au-dessus de la crête iliaque.

C'est pour ces cas que l'incision postérieure, en arrière de l'épine iliaque supérieure et parallèle à la crête, semble particulièrement indiquée.

Mais c'est là une opération de nécessité, et il me semble, d'après ma petite expérience et d'après mes lectures, qu'on a tout avantage à ne pas se laisser acculer à l'opération par les accidents ; mieux vaut les prévenir et, quand on le peut, réséquer l'appendice sur les sujets entre les crises.

M. Quénu. J'ai trouvé de nouveaux cas qui portent à 39 le nombre des opérations faites *à froid* pour enlever l'appendice malade ; si on y ajoute le fait de M. Routier et les 2 opérations

de M. Terrier, on arrive à un total de 42 opérations avec 42 guérisons.

Je tiens à revenir sur un point relatif à l'anatomie pathologique et en particulier au mode de formation des ulcérations de l'appendice.

Nous savons tous que la muqueuse appendiculaire se compose, à l'instar de celle du gros intestin, d'une couche épithéliale, d'une couche glandulaire et d'une musculeuse. Çà et là les glandes s'écartent, s'inclinent et, dans l'espace ainsi libre, sont logés des follicules clos de forme ovoïde à extrémité rétrécie tournée vers la surface libre de l'intestin et recouverte uniquement d'une couche d'épithélium, à base reposant sur la musculeuse.

Or, d'après une note qui m'a été remise par M. Carel, ces follicules clos jouent un grand rôle dans la pathogénie des ulcérations appendiculaires ; sur la pièce qu'il a examinée, un certain nombre de follicules étaient très hypertrophiés, et les espaces interglandulaires acquéraient ainsi une largeur beaucoup plus grande. En outre, chez d'autres, l'épithélium manquait au niveau du sommet des follicules clos. Le follicule avait comme éclaté et vidé une partie de son contenu dans l'intestin ; de là de petites ulcérations que le microscope seul a décelées.

Je crois conclure de cela que maintes appendicites qu'on rangerait parmi les catarrhales simples peuvent être des appendicites ulcéreuses et aboutir, par suite, à la perforation.

Communication.

Note sur un cas de Bilharziose, par M. Cahier, médecin-major.

(MM. Peyrot et Marchand, commissaires ; M. Delorme, rapporteur.)

Présentation de malade.

M. Larger. J'ai l'honneur de présenter à la Société le jeune malade auquel je faisais allusion, dans la dernière séance, à propos de la présentation de M. Berger.

C'est un jeune homme de 16 ans et demi qui, le 29 mai 1890, reçut, presque à bout portant, le projectile cylindro-conique, de très petite dimension, d'une carabine de tir. La balle a pénétré d'arrière en avant : orifice d'entrée à 6 centimètres au-dessus de

la protubérance occipitale externe, à 4 ou 5 centimètres *à droite* de l'axe médian ; pas d'orifice de sortie.

Les symptômes observés, au moment de l'accident, ont été les suivants :

Hémiplégie *gauche* immédiate, avec cécité et surdité à peu près complètes. La perte de connaissance a été complète aussi, mais s'est dissipée insensiblement dès les premiers jours pendant lesquels il se manifesta un suintement abondant de liquide céphalo-rachidien.

Vers le quinzième jour, la jambe gauche récupéra à peu près ses mouvements ; mais la monoplégie brachiale a persisté durant plusieurs mois. Insensiblement l'audition revint à peu près normalement, mais la cécité plus ou moins complète de l'œil gauche persista lougtemps, sans lésion apparente autre qu'une légère rougeur de la pupille.

Quant aux phénomènes psychiques, il y a eu, à un moment donné, un changement manifeste de caractère ; mais à l'heure actuelle, nous affirme sa mère, tout est rentré dans l'ordre.

Aujourd'hui il ne reste comme tares appréciables qu'une certaine difficulté à lever le bras gauche : l'œil gauche se fatigue vite et est très sensible à l'action de la lumière. A part cela, ce jeune homme ne se ressent plus de rien.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 15 juin 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Torticolis ancien du chef claviculaire du sterno-cleido-mas-*

toïdien droit; section à ciel ouvert; guérison, par M. Reboul (de Marseille) (M. Périer, rapporteur);

3° *Kyste hydatique de la rate; laparotomie; guérison*, par M. Mordret fils (du Mans) (M. Bouilly, rapporteur);

4° *Volumineuse méningocèle; excision; mort*, par M. Lecerf (de Valenciennes) (M. Berger, rapporteur);

5° M. Lecerf adresse de plus, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national : 1° sa thèse inaugurale *sur le traitement de l'étranglement herniaire;* 2° une série de brochures sur divers sujets de chirurgie (taille hypogastrique, enchondrome de la main, ovariotomie, plaie de la paume de la main, corps étranger du pharynx, kyste hydatique du foie, cheiloplastie, kélotomie et anus contre nature);

6° *Traité de chirurgie*, sous la direction de MM. Duplay et Reclus, t. VII. Paris, Masson, mai 1892.

M. Poussox (de Bordeaux), membre correspondant, assiste à la séance.

Communication.

Kyste congénital du cou; ablation; guérison, par M. Martin (de Genève).

(MM. Delens et Gérard-Marchand, commissaires; Berger, rapporteur.)

Communication.

Opération d'hypospadias périnéo-scrotal en une seule séance.

Par M. Alf. Poussox (de Bordeaux).

Le traitement opératoire de l'hypospadias périnéo-scrotal a été l'objet de perfectionnements tels qu'il nous est facile aujourd'hui de restituer aux parties leurs formes et leurs fonctions. Avec Bouisson (de Montpellier), M. Théophile Anger et M. le professeur S. Duplay ont contribué pour une très large part à ces perfectionnements. C'est en m'inspirant de leur manière de faire que j'ai tenté de reconstituer *en une seule séance* l'urètre chez un hypospade complet âgé de 33 ans. Bien que la restauration ainsi obtenue n'ait pas été absolument intégrale, je crois le résultat de ma tentative assez intéressant pour vous être communiqué.

Paris. — Imprimerie PAUL DUPONT (Cl.) 46.7.92. *Le Gérant :* G. MASSON.

Le principe des opérations successives préconisée par le professeur Duplay a, je crois, perdu de nos jours beaucoup de son importance, grâce aux méthodes antiseptiques, qui assurent la réunion rapide des tissus et préviennent les rétractions cicatricielles ; j'ai donc cru pouvoir m'en affranchir. J'ai également utilisé les progrès réalisés dans la confection des sutures pour les simplifier et substituer aux fils métalliques le catgut et le crin. Dans un autre ordre d'idées, dans la taille du lambeau destiné à constituer la paroi inférieure de l'urètre absente, j'ai tâché de mettre à profit les vestiges du corps spongieux étalé pour restituer à la portion pénienne du canal, en même temps que sa forme anatomique, sa propriété physiologique d'érectilité.

Le nommé T..., âgé de 33 ans, m'est adressé par un de mes confrères, en octobre 1891, pour un vice de conformation des organes génito-urinaires externes si prononcé qu'il a été inscrit comme fille sur les registres de l'état civil. A la puberté, il a présenté tous les attributs du sexe masculin et a dû faire rectifier son état civil. Aujourd'hui, c'est un beau garçon, d'une musculature peu commune et d'une santé excellente.

Voici succinctement résumés l'aspect et l'état des organes de la génération :

La verge, dont je donnerai tout à l'heure les dimensions, est assez bien développée. Elle pend entre les jambes du sujet, cachant la division scrotale, et, à première vue, les organes paraissent ceux d'un homme bien conformé, abstraction faite du scrotum qui manque totalement. Il est remplacé par deux replis cutanés, saillants et couverts de poils, qui rappellent assez exactement les grandes lèvres de la femme lorsque la verge relevée découvre le sillon qui les sépare.

La verge, légèrement incurvée sur sa face inférieure, est libre dans toute son étendue ; il n'y a pas de palmure ; pas de rétraction de l'albuginée des corps caverneux ou de leur cloison. On peut la relever sans peine vers le pubis, et, pendant l'érection, elle se redresse, au dire du malade, suffisamment pour permettre la copulation. A l'état de flaccidité, la verge pendante et non allongée mesure $0^m,075$; redressée et allongée, $0^m,08$; sa circonférence, $0^m,10$. Sa face dorsale est bien conformée. Sa face inférieure présente dans toute sa longueur une gouttière revêtue d'une membrane rosée, ayant l'aspect d'une muqueuse, et se continuant à la région périnéale jusqu'à l'embouchure de l'urètre membraneux. Cette gouttière, bordée par deux replis cutanéo-muqueux frangés, n'a pas la même largeur dans toute son étendue. Plus large en arrière, à son origine, au niveau de la portion spongieuse, elle mesure en ce point 1 centimètre et demi ; elle se rétrécit ensuite en se rapprochant du gland pour s'étaler de nouveau au niveau de ce dernier, qui est légèrement aplati. Les replis cutanés saillants qui surmontent de chaque côté la fente périnéo-scrotale ne renferment pas les testicules. Ceux-ci ne sont pas descendus ; le gauche se retrouve un

peu au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal ; le droit est situé un peu plus bas dans l'aine.

T... urine ordinairement accroupi ; mais s'il relève sa verge, il peut, dans la situation verticale, projeter son urine à une certaine distance. Au moment de l'érection, la verge, comme je l'ai déjà dit, se redresse, et T... déclare qu'il a pu, sans grande difficulté, avoir des rapports sexuels.

L'absence de palmure et d'incurvation de la verge sur son grand axe est exceptionnelle chez les gens atteints d'hypospadias périnéo-scrotal. Elle m'a permis de me dispenser d'avoir recours à un des temps les plus importants de l'opération, à savoir, le redressement de la verge.

Je pratique d'emblée la restauration du canal le 10 décembre 1891. Le malade, convenablement préparé et ayant pris depuis quelques jours du salol pour rendre ses urines aseptiques, est chloroformé. Je commence par réséquer un repli, vestige du prépuce, qui se trouve sur le côté droit de la verge, au-dessous du sillon balano-préputial. Ce repli devant se trouver sur la face du lambeau qui constituera le plancher du l'urètre, pourrait former valvule ; c'est la raison qui me le fait réséquer ; mais j'ai le soin d'affronter de suite les lèvres de la petite plaie qui en résulte à l'aide de trois ou quatre points séparés au catgut fin. Je résèque également les petites franges cutanéo-muqueuses existant de chaque côté de la gouttière urétrale et qui, saillantes dans l'urètre reconstitué, pourraient entraver le cours de l'urine et provoquer autour d'elles la précipitation de ses sels. Je laisse béante l'étroite plaie longitudinale résultant de cet ébarbement.

Je procède après cela à la taille du lambeau qui, retourné, doit former la paroi inférieure de l'urètre. A cet effet, je pratique à environ 1 centimètre et demi du bord droit de la gouttière urétrale une longue incision commençant au niveau du sillon balano-préputial et se prolongeant en arrière un peu au delà de l'ouverture de l'urètre profond au périnée. A chacune des extrémités de cette première incision, j'en fais une autre transversale s'arrêtant à 3 millimètres du bord droit de la gouttière urétrale.

Toutes ces incisions sont profondes et vont jusqu'à l'enveloppe du corps caverneux. Je dissèque le lambeau ainsi circonscrit en dénudant le corps caverneux. Au fur et à mesure que ma dissection approche de la ligne médiane, le tissu doublant le feuillet cutané est plus épais, et bientôt je rencontre le corps spongieux, au-dessous duquel passe mon bistouri. Je le dissèque dans une petite étendue, de manière à le comprendre dans la longue base de mon lambeau.

J'abandonne à ce moment le côté droit de la verge pour faire sur son côté gauche une incision semblable, mais située seulement à 4 millimètres du bord de la gouttière urétrale. La lèvre interne de cette incision est disséquée profondément, comme le recommande le professeur Duplay, de façon à détacher le corps spongieux. Alors je renverse le long et large lambeau droit, de manière que sa face cutanée regarde la gouttière urétrale et que sa face cruentée soit tournée en dehors.

J'ai d'abord eu soin d'introduire une sonde en caoutchouc n° 17 dans la vessie, et c'est sur la portion de cette sonde couchée dans la gouttière urétrale que se moule le lambeau retourné. Le petit lambeau est aussi retourné sur la sonde, face épidermique en dedans, face saignante en dehors, et son bord libre est suturé au bord correspondant du grand lambeau. Je procède avec beaucoup de soin à cette suture, affrontant bien exactement les bords des lambeaux, faisant des points très rapprochés, en me servant pour cela de catgut fin. Cette suture achevée, l'urètre est reconstitué dans toute son étendue pénienne et sa traversée périnéo-scrotale par un premier plan de lambeaux.

Avant de le doubler j'abouche le nouvel urètre à l'urètre profond au moyen d'une suture en bourse au catgut après avivement large de la lèvre cutanéo-muqueuse qui le borde.

La laxité de l'enveloppe de la verge me permet de recouvrir sans peine le premier plan de lambeaux. Il me suffit pour cela de rapprocher l'une de l'autre les deux lignes d'incision qui m'ont servi à limiter les lambeaux profonds et de les suturer soigneusement au crin de cheval.

L'urètre pénien ainsi parachevé je refais sa traversée balanique d'après le procédé du professeur Duplay : incision profonde dans le gland sur la ligne médiane, avivement et suture des deux lèvres de la gouttière. Au lieu de la suture entortillée, je me sers pour réunir ces deux lèvres de points entrecoupés au crin de Florence.

Comme je l'ai fait du côté du périnée j'abouche de suite le canal balanique au canal pénien en suturant soigneusement les bords avivés l'un à l'autre.

Toute la ligne de suture est saupoudré d'iodoforme, la verge est entourée de gaze iodoformée le périnée est également recouvert de la même gaze, enfin toute la région est emprisonnée dans une couche épaisse de ouate, d'où émerge la sonde, qu'on laisse débouchée dans un urinoir.

Le malade n'accuse aucune douleur après l'opération, il reste tranquille dans son lit et n'est pas tourmenté par les érections. La sonde fonctionne bien et donne issue à une urine absolument normale en quantité et en qualité; j'ai d'ailleurs soin d'entretenir l'asepsie de la vessie par des lavages boriqués pratiqués trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, lavages qui servent aussi à diminuer les chances d'incrustation de la sonde. Malgré cela le malade a un peu de fièvre et sa température oscille entre 37°,8 et 38°,2.

Cette élévation de température m'engage à défaire le pansement le 13 décembre, c'est-à-dire le cinquième jour après l'opération. L'aspect des parties est des plus satisfaisants : pas de rougeur, pas de gonflement, pas de douleur, absence complète de suppuration. Je refais le pansement.

Sous l'influence d'un purgatif (huile de ricin) la température s'abaisse.

Je défais le pansement le 16 décembre; tout est en très bon état. J'en lève plusieurs points de suture dans la continuité de l'urètre pénien,

mais je laisse ceux qui sont à chacune de ses extrémités. Je laisse également la sonde à demeure.

Le 21 décembre (12e jour après l'opération), je constate en défaisant le pansement qu'il existe à un centimètre environ de l'union de la portion balanique et pénienne du canal une ulcération arrondie d'un demi-centimètre de diamètre, au fond de laquelle on aperçoit la sonde. Dans tout le reste de l'étendue la réunion paraît complète sauf au point d'abouchement du nouvel urètre avec l'orifice périnéal de l'urètre profond. Il existe à ce niveau un petit pertuis que je me garde de sonder. J'enlève tous les points de suture et je supprime la sonde, après avoir fait un lavage de la vessie à l'acide borique. Malgré son séjour prolongé dans la vessie, la sonde n'est pas incrustée et elle n'a pas provoqué une très grande irritation du canal. Après avoir soigneusement lavé ce dernier à l'acide borique, j'essaye d'introduire dans la vessie une sonde en caoutchouc, mais elle est arrêtée au niveau de l'abouchement de l'urètre nouveau à l'ancien; il en est de même d'une sonde en gomme à bout d'ivoire. Prenant alors une sonde à béquille, dont le bec suit la paroi supérieure, je puis la conduire dans la vessie. Je recommande de sonder le malade chaque fois qu'il voudra uriner. Ces sondages sont faits régulièrement pendant quelques jours, après lesquels le malade urine seul. Quelques gouttes d'urine sortent d'abord par l'orifice périnéal, mais la plus grande partie passe par la fistule pénienne et une petite quantité seulement s'écoule par le méat. Rapidement la petite fistule périnéale s'oblitère d'elle-même et lorsque T... quitte l'hôpital le 5 janvier 1892, il ne passe plus une goutte d'urine par cet orifice, mais la plus grande partie continue à s'échapper par la fistule pénienne.

En définitive j'ai obtenu chez mon malade, à la suite d'une seule séance opératoire et en moins d'un mois de séjour à l'hôpital, la reconstitution de l'urètre dans ses trois portions périnéo-scrotale, pénienne et balanique et son abouchement à l'urètre profond. La fistule pénienne ne constitue pas à proprement parler un échec pour l'opération que j'aie tentée, elle est la conséquence du séjour trop prolongé de la sonde, que j'ai cru devoir laisser jusqu'au douzième jour. Je ne fais aucune difficulté pour reconnaître que j'ai commis là une faute; j'y ai été entraîné par le bon état des parties constaté à chaque pansement, par l'absence de tension, de gonflement, de suppuration. Cette question de la durée du séjour de la sonde à demeure est très importante. Elle a été abordée par M. le professeur Guyon dans son rapport sur le travail de M. Th. Anger et par les orateurs qui prirent part à la discussion ; tous s'accordèrent à la laisser très peu de temps, quarante-huit heures au plus. Je crois qu'il n'y a aucun inconvénient à dépasser largement ce laps de temps aujourd'hui que nous avons des sondes en caoutchouc à gros calibre intérieur et que nous possédons les

moyens d'aseptiser le canal et les urines. Je n'oserais cependant fixer de limite, c'est à l'observation de nous l'apprendre. Cette limite variera d'ailleurs avec chaque cas particulier.

Discussion.

M. Bazy. L'année dernière, pendant que je remplaçais M. Péan à l'hôpital Saint-Louis, j'eus à opérer un jeune homme de 20 ans, atteint d'un hypospadias pénien dont l'orifice se trouvait à 3 centimètres environ de l'extrémité du gland. Pour cela, je fis, à un demi-centimètre en dehors du bord de la muqueuse constituant la paroi supérieure du canal et de chaque côté, une incision profonde dont les bords s'écartent naturellement. On a ainsi deux plaies larges d'un demi-centimètre qu'on réunit derrière l'orifice de l'hypospadias.

Je fis au catgut une suture en surjet, de façon à réunir les bords internes de chacune de ces deux plaies sans intéresser la muqueuse. Je continuai mon surjet en revenant sur mes pas pour achever la réunion complète de ces deux plaies.

Pour réunir ce nouveau canal à l'ancien, je n'avais eu, comme je l'ai dit, qu'à réunir en arrière les deux incisions, et j'avais continué le surjet dans ce point.

M. Périer. J'ai reçu, il y a quelques années, un jeune garçon atteint d'un hypospadias si prononcé qu'il avait été toujours considéré comme une femme et qu'on dut depuis ce temps changer son état civil ; je l'ai opéré par le procédé de Th. Anger. J'ai si bien réussi que le frère de ce malade, qui était atteint de ce même vice de conformation, vint aussi se faire opérer, et que j'opérai également avec succès un autre garçon du même pays atteint d'épispadias.

M. Th. Anger. J'ai opéré maintenant 7 cas d'hypospadias, et tous avec succès ; dans l'un des cas, la fissure descendait presque dans la région périnéale ; j'ai toujours employé le procédé que j'ai décrit. Je crois qu'il n'est pas bien utile de rétablir le méat urinaire ; cependant je le tenterai désormais.

Je recommande de ne pas laisser la sonde à demeure plus de quarante-huit heures ; même, chez un petit garçon de 3 ans, je n'en ai mis une que pendant l'opération pour soutenir le lambeau. Le procédé des lambeaux me paraît plus sûr que la réunion des bords d'une incision.

Suite de la discussion sur l'appendicite.

Traitement de l'appendicite.

M. Paul Reclus. La longue discussion qui se déroule ici depuis le mois de mars sur le traitement de l'appendicite n'aura pas été stérile. Au premier abord, les opinions exprimées paraissent un peu confuses et contradictoires ; mais on s'aperçoit bientôt que l'accord est fait sur bien des points et que de la masse des documents versés au débat se dégagent déjà quelques conclusions nettes sur la valeur comparative du traitement médical et du traitement chirurgical.

MM. Terrier, Bouilly et Reynier nous ont donné d'intéressantes observations d'appendicites tuberculeuses. Je n'avais pas introduit cette classe dans la discussion à cause même de son origine et de son évolution spéciale. Mais je puis, aux faits de nos collègues, ajouter un fait personnel. Il y a deux ans, une jeune femme m'est envoyée à Broussais pour une énorme tuméfaction de la fosse iliaque droite. Le mode d'invasion du mal me faisait penser à une appendicite ; mais le volume du foyer, ses bosselures, sa dureté, la lenteur de l'évolution, me rappelaient une tuberculose cæcale que nous avions observée avec le professeur Vulpian au temps où l'appendicite n'était pas connue. Nous intervenons avec cette idée ; mais l'aspect charnu de la tumeur, l'absence de masses caséeuses ramollies nous la fit abandonner au cours de l'opération ; nous extirpons, avec la plus grande difficulté et au prix de délabrements considérables, une tumeur adhérente au péritoine pariétal, et nous dénudons la fosse iliaque et le flanc droit jusqu'à la moitié inférieure du rein. Nous suturons, à l'angle inférieur de la plaie, les deux bouts de l'intestin sectionné, et nous bourrons avec de la gaze iodoformée la cavité qu'avait laissée la masse enlevée et que les anses intestinales voisines n'étaient pas venues remplir.

Nous augurions mal d'une telle intervention, mais nous en fûmes pour nos craintes : le cours des matières, fort compromis avant l'opération, se rétablit facilement par notre anus artificiel ; la cavité se combla avec rapidité ; la malade, très cachectique, engraissa, et, au bout de deux mois, son état était si satisfaisant que je songeai à rétablir la continuité de l'intestin, dont le bout inférieur avait été maintenu actif par des injections quotidiennes de lait ; je m'adressai, pour cette opération, à l'un de nos collègues qui s'occupe avec un grand succès de sutures intestinales. Malheureusement, l'intervention fut plus difficile et surtout beaucoup plus longue que ne l'avait supposé notre collègue, et la malade ne put

supporter le choc opératoire. J'oubliais de vous dire que la tumeur que nous avions étiquetée cancer, d'après son aspect à l'œil nu, fut déclarée à un premier examen : « tumeur d'origine inflammatoire », et à un second, provoqué par la découverte, à l'autopsie, de ganglions mésentériques caséeux, « tuberculose de l'appendice, du cæcum, de la valvule iléo-cæcale et du côlon ascendant. » Et c'est à cause de l'aspect de la tumeur que je rapproche mon observation du cas heureux de M. Bouilly.

Au point de vue des indications opératoires, les appendicites d'origine inflammatoire ont été divisées en trois groupes : les appendicites avec péritonite généralisée, les appendicites à répétition et les appendicites avec exsudation localisée dans la fosse iliaque. Sur la première forme, l'accord a été parfait, et tous ont proclamé ici que l'opération devait être tentée, sans grand espoir de succès d'ailleurs. Roux (de Lausanne) nous dit que ces cas ressortissent moins à la chirurgie qu'aux pompes funèbres. Il n'en est pas moins vrai que, sans intervention, la mort est certaine, tandis que la laparotomie a donné quelques succès authentiques. Si M. Berger a eu quatre morts sur quatre opérations, Terrier et nous une sur une, Routier a obtenu un succès et M. Jalaguier a eu deux guérisons sur quatorze ouvertures du ventre, un sur sept, près de 15 0/0. Et encore pense-t-il qu'une intervention plus précoce aurait pour conséquence des résultats meilleurs. Nous le pensons aussi et je n'insiste pas, puisque tous les membres de la Société ont été unanimes pour préconiser l'intervention la plus rapide possible.

Il me semble que l'accord est bien près de se faire aussi sur l'opportunité de l'intervention dans les appendicites à rechutes, et les conclusions de M. Quénu me paraissent dictées par la sagesse même. Un appendice malade peut provoquer des accidents dont on ne peut mesurer la gravité ; ne vaut-il pas mieux prévenir ce danger toujours imminent par une opération à froid dont la mortalité est vraiment réduite à zéro ? M. Quénu a relevé 42 interventions sans un seul accident, et je pourrais ajouter un fait nouveau que je n'ai pas publié, car l'excision de l'appendice fut pratiquée au cours d'une autre intervention. Récemment, chez un homme de 29 ans, je trouvai, dans le sac d'une hernie inguinale droite dont je faisais la cure radicale, un appendice épais, dur, rigide, long de plus de 6 centimètres et contenant dans sa cavité deux concrétions stercorales de forme olivaire. J'ai réséqué l'appendice, suturé le moignon et, comme dans les 42 cas du relevé de Quénu, la guérison est survenue sans incident, guérison à la fois opératoire et thérapeutique, car les crises douloureuses qu'avant la découverte de l'appendicite j'attribuais à tort, je crois, à la hernie, ont

désormais complètement disparu. Je suis donc partisan résolu de l'intervention, sans méconnaître que, dans la pratique, se présenteront parfois des cas embarrassants. Quel moment choisir? Je vous ai déjà parlé d'un enfant que je soigne avec le Dr Maunoury (de Chartres) ; il a eu plusieurs crises, mais elles ont été toujours d'intensité décroissante, et maintenant la guérison nous paraît complète ; il est clair que nous nous abstenons, mais si, à la suite d'une ou de plusieurs crises, persistent des signes locaux, tumeur appréciable dans la fosse iliaque, douleur spontanée ou à la pression, troubles dyspeptiques, nous interviendrions.

Mais j'ai hâte d'en arriver au point principal du débat, la conduite à tenir dans les appendicites localisées, de beaucoup les plus fréquentes, celles que caractérisent non seulement le mode d'apparition et d'évolution que l'on sait, mais un foyer induré plus ou moins limité et qui siège sur un point quelconque d'une demi-circonférence dont l'épine iliaque antérieure et supérieure est le centre. Faut-il, comme plusieurs d'entre nous le pratiquent, inciser ce foyer dès qu'on le constate, ou vaut-il mieux, comme le conseillent nos collègues Jalaguier et Berger, s'abstenir, sous le couvert d'un traitement médical, du moins lorsque l'état général, loin de s'aggraver, s'amende, lorsque la fièvre tombe et lorsque la tuméfaction tend à rétrocéder ?

A l'appui de leur thèse, nos collègues nous citent nombre de cas où la guérison n'en est pas moins survenue malgré cette abstention systématique, et ils ajoutent aux faits de leur propre pratique les observations de beaucoup de médecins français, allemands et anglais. Pour ma part, j'en tiens un très grand compte, et j'y vois que le pronostic de cette forme de l'appendicite n'a pas l'extrême gravité que nous lui supposions, il y a deux ans ; des guérisons trop nombreuses ont été notées par des chirurgiens trop compétents pour ne pas en tirer cette conclusion que l'incision du foyer n'est pas aussi nécessaire que nous le proclamions à la suite de Roux (de Lausanne). Mais je ne saurais aller au delà, et, cette constatation une fois bien établie, je n'en persiste pas moins dans la thérapeutique qu'avec la plupart d'entre vous je préconisais dans mon premier mémoire.

En effet, pour moi, dès que la tuméfaction s'accuse, dès que dans la fosse iliaque apparaît le plastron caractéristique, je crois qu'il y a une collection purulente soumise aux règles thérapeutiques de toutes les collections purulentes de l'économie : l'incision et l'évacuation. Je sais bien que plusieurs ont de la tendance à nier l'existence de cet abcès en s'appuyant sur sa disparition spontanée. Mais cette rétrocession possible et même fréquente du foyer n'est pas une preuve péremptoire de l'absence de pus ;

d'autres collections purulentes se résorbent ainsi dans le ventre, et les gynécologues savent bien que des pelvi-péritonites consécutives aux accouchements, des salpingites séro-purulentes peuvent se résorber sans incision et sans drainage. Nous savons aussi qu'elles peuvent s'enkyster et rester un long temps sans provoquer la moindre fièvre : il n'est pas un de nous qui n'ait enlevé des annexes distendues par du pus et qui existaient depuis des semaines et des mois sans provoquer la plus légère ascension du thermomètre. Nous avons publié l'observation d'une malade chez qui un de nos collègues des hôpitaux ne pouvait croire à une pelvi-péritonite à cause d'une apyrexie complète et du petit bassin de laquelle nous avons retiré 600 grammes de pus.

La chute de la température, la rétrocession du foyer ne suffisent donc pas pour révoquer en doute l'existence du pus. Mais ce qui nous permet d'affirmer sa présence, c'est ce fait, sur lequel nous insistions dans notre rapport, qu'on l'a trouvé toutes les fois qu'on a incisé la tuméfaction de la fosse iliaque. Sonnenburg, Roux (de Lausanne), nous-même qui ouvrons systématiquement les appendicites dès que nous constatons un foyer, nous l'avons toujours découvert. Et il ne faudrait pas prétendre que nos cas étaient exceptionnellement graves : qu'on relise les observations des interventionnistes : elles ne se distinguent en aucun point de celles où nos collègues MM. Jalaguier et Berger s'en remettent au traitement médical, et je dois rappeler ici une de mes observations les plus typiques. Un jeune homme est pris d'une appendicite aiguë : on m'appelle en province au cinquième jour, lorsque la fièvre est vive, la constipation opiniâtre, la douleur intense, la fosse iliaque empâtée ; j'arrive le lendemain, mais déjà la température est normale, la douleur spontanée a cédé, une selle abondante a dégagé le ventre, l'appétit est revenu, la tumeur est moins volumineuse ; je la sens pourtant dans la fosse iliaque et douloureuse encore à la pression. Certainement nos collègues se seraient abstenus. J'incise et je trouve un abcès du volume d'un œuf de poule que je vide et que je draine. La guérison a été rapide.

Il y a donc du pus dans ces appendicites accompagnées d'empâtement de la fosse iliaque. Mais pourquoi, nous répondra-t-on, inciser la collection, puisqu'elle peut se résorber toute seule? Pourquoi ne pas faire bénéficier le malade de l'économie d'une opération? A cela je répondrai que les guérisons signalées par nos amis ne sont peut-être pas aussi durables qu'ils l'espèrent, et une longue série d'observations nous permettent de porter un jugement sur la valeur de ces guérisons médicales : est-ce que presque tous les malades que nous opérons, que nous devons opérer pour une appendicite ne nous racontent pas que six mois, un

an, deux ans auparavant ils ont eu une crise semblable traitée par le repos, la diète, les purgatifs ou l'opium, les sangsues ou la glace? Ils ont été guéris non pas une seule fois, mais deux, trois, quatre, sept fois même, comme dans un cas que nous avons sous les yeux; ils n'en arrivent pas moins, en définitive, à réclamer l'intervention chirurgicale.

Donc, pour nous, les faits ont déjà répondu : ils nous prouvent que le plus souvent, dans les appendicites véritables, où une tuméfaction bien nette a soulevé la fosse iliaque, le traitement médical ne donne qu'une guérison précaire, et la récidive est toujours à craindre. Le pus collecté peut se résorber sans doute, mais d'une manière incomplète; au milieu des néomembranes persistent des foyers mal éteints que peuvent rallumer le moindre écart de régime, le plus léger traumatisme, un simple refroidissement. Le malade est toujours sous le coup d'une récidive. Pourquoi donc ne pas essayer d'en finir une bonne fois? Certes je comprendrais l'abstention si l'opération était dangereuse; mais elle ne l'est aucunement, et je n'ai pas le souvenir d'une observation, d'une seule, où la terminaison fatale soit jamais survenue du fait de l'intervention : on ne meurt à la suite des opérations d'appendicite que dans les cas graves, justement ceux où la question d'intervention ne se pose pour personne; elle est résolue à l'avance dans le sens de l'affirmative et commandée à la fois par l'état général et par l'état local.

S'il en est ainsi, si l'opération n'a aucune gravité, si elle donne plus de garantie de guérison définitive, pourquoi la repousser? d'autant que l'abstention n'expose pas seulement à une série de récidives; il y a des dangers plus redoutables, et vous vous rappelez les observations que notre collègue M. Schmidt a produites devant vous : une appendicite éclate, puis les accidents s'apaisent et l'on s'abstient, puis ils reprennent tout à coup et la mort en est la conséquence. Nul ne sait ce que deviendra le foyer purulent : le plus souvent, dites-vous, il se résorbe, mais il peut s'ouvrir dans le péritoine, fuser sous la veine cave, le hile du foie, pénétrer dans la plèvre et provoquer des accidents mortels. Je tiens de M. Brissaud l'histoire d'un jeune garçon qui est pris d'appendicite; il en guérit; trois rechutes surviennent dans l'espace d'un an et demi. Pendant les intervalles, on pouvait le croire absolument guéri. Il n'y avait plus ni constipation, ni douleur, ni empâtement dans la fosse iliaque, rien, sauf un état d'*insécurité abdominale :* le pauvre enfant craignait toujours une récidive; elle survint, et, en quelques heures, il fut emporté par une péritonite suraiguë.

En présence de faits pareils, je n'hésite pas, et, pour moi, dès que l'appendicite se traduit par une tuméfaction appréciable,

j'interviens par une incision pour guérir le mal présent, pour éviter les récidives probables et pour conjurer les complications redoutables possibles. J'en reviens donc aux conclusions générales de mon premier mémoire, et je conseille l'intervention dans les trois formes d'appendicites : les appendicites purulentes généralisées, les appendicites à rechutes et les appendicites à collection localisées.

Appendicite aiguë. Opération au 5e jour. Guérison. D'une modification à apporter au procédé opératoire.

M. Quénu. J'apporte à la Société une nouvelle observation d'appendicite aiguë que j'ai eu l'occasion d'opérer il y a juste une semaine et que j'ai eu le bonheur de guérir.

Mon petit malade, âgé de 9 ans, est un enfant robuste, jouissant habituellement d'une bonne santé. Cependant il avait déjà, le 7 avril, présenté les symptômes d'une crise d'appendicite atténuée : il fut pris, en effet, à cette époque, d'une douleur vive dans le côté droit du ventre ; des symptômes dyspeptiques durèrent six jours, puis tout rentra dans l'ordre. Le 4 juin matin, l'enfant se préparait à aller à l'école, lorsqu'il ressentit tout d'un coup cette même douleur de ventre, et il demanda à se recoucher. Le médecin administra un purgatif qui produisit trois ou quatre selles.

Le 5, la sensibilité abdominale persistait toujours ; l'enfant ne mangea que trois ou quatre bouchées de beefteack et trois petites pommes de terre.

Le 6, apparurent les vomissements, les douleurs augmentèrent et le ventre se météorisa. Le sommeil était nul ; l'enfant ne cessait de se plaindre.

Le 7, même état ; quatre vomissements.

Le 8, trois vomissements ; dans le dernier, ou trouve deux lombrics.

Je suis appelé, le 8 au soir, par le Dr Tariotte. Je trouve un enfant avec les traits tirés, fatigué, geignant sans cesse ; le ventre est dur, tendu ; il n'y a pas de fièvre ; du reste, la température est toujours restée à 37° depuis le début. Le pouls est à 100 pulsations. La palpation du ventre fait découvrir dans la fosse iliaque droite, là où la pression éveille le plus de sensibilité, une sorte d'empâtement profond. Je n'hésite pas à diagnostiquer une appendicite et conseille l'intervention. Elle est pratiquée le soir avec l'assistance des Drs Tariotte, Durand et Gundelach.

Incision oblique au-dessus de l'arcade de Fallope ; à l'incision du péritoine, il s'écoule une centaine de grammes d'un liquide séreux. Le cæcum et des anses d'intestin grêle se présentent à la

plaie. Je soulève doucement le cul-de-sac cæcal ; le doigt sent une induration au niveau du bord externe du droit ; je m'abstiens de parti pris de toute recherche et me prépare à placer tout simplement une mèche de gaze iodoformée dans la plaie, lorsque, tout d'un coup, apparaît du pus grumeleux et fétide. Je l'éponge au fur et à mesure avec de petites éponges montées (qui ont été préalablement bouillies). Il s'en écoule ainsi de 60 à 80 grammes environ. La toilette du foyer avait, pendant ce temps et malgré mes soins, décollé les adhérences, et je pus constater que le siège de l'abcès n'était plus limité en arrière. J'introduisis un drain dans le petit bassin, et me bornant à rétrécir la plaie par deux points de suture aux angles, je la bourrai de gaze iodoformée.

L'opération, faite sous le chloroforme, avait duré environ une demi-heure.

Au réveil, le petit malade fut très excité, nous accablant d'injures, crachant et se débattant. Je lui fis faire une injection souscutanée de 2 milligrammes de morphine.

Le 9 juin, température matin, 37°,3 ; soir, 36°,6. Pouls à 120 ; 25 respirations. Pas de vomissements. Nuit très bonne.

Dans la nuit du 9 au 10, émission de gaz. Raccourcissement du drain le 10 matin ; suintement assez abondant, brunâtre, d'odeur stercorale. L'enfant boit un peu de lait et de bouillon froid.

Le 11, on retire le drain ; le pouls est à 108. La température oscille entre 36°,8 et 37°,2.

Le 12, le pouls tombe à 90. Apyrexie. Les nuits sont très bonnes. Jusqu'ici on a pratiqué chaque soir une injection de 1 milligramme à 1 milligramme et demi de morphine.

Le 13, on augmente un peu l'alimentation.

Le pansement est fait chaque jour ; la mèche de gaze iodoformée a été changée dès le 12.

Ce matin, enfin, l'état de l'enfant est très bon ; il joue toute la journée et passe des nuits excellentes. Pas de garde-robe.

Je note en passant, dans cette observation, que pas un instant le malade n'a présenté d'élévation de température, et pourtant il avait fait du pus. Il me paraît également intéressant de m'arrêter sur l'exsudation séreuse abondante du péritoine, sur cette forme de péritonite séreuse se développant au contact d'un abcès. Mais le point sur lequel je veux insister a trait à l'intervention et au mode opératoire.

Notre préoccupation, lorsque nous opérons une appendicite, est surtout de ne pas infecter le péritoine avec le pus de l'abcès que nous avons à ouvrir. C'est dans ce but que les chirurgiens ont renoncé aux recherches et aux opérations plus complètes. Nous ne voulons plus à tout prix découvrir l'appendice ; nous restrei-

gnons notre intervention à l'évacuation du pus. Mais, même ainsi restreinte, cette opération peut ne pas être innocente.

Le foyer n'est pas toujours solidement limité par ses adhérences un rien les décolle, et les anses d'intestin viennent d'elles-mêmes s'infecter au contact du pus ; il n'est pas toujours commode ni permis de régler l'écoulement du liquide purulent, de façon à l'éponger à mesure qu'il sourd au fond de la plaie. De ces difficultés sont nés les procédés de Sonnenburg et de Gerster.

On sait que le premier se borne à inciser la paroi abdominale jusqu'au péritoine exclusivement; il bourre ensuite la plaie de gaze iodoformée, et il espère ainsi faire un appel au foyer purulent.

Gerster insiste surtout sur ce fait que les abcès périappendiculaires ont des sièges variables : comme ils ne sont pas toujours adhérents en avant au péritoine pariétal et qu'il y a un intérêt capital à connaître le point où se fait l'adhérence, afin d'éviter l'inoculation de la séreuse en ouvrant l'abcès, Gerster n'hésite pas à conseiller une laparotomie médiane qui permette d'introduire la main dans le ventre et de sentir le point où l'abcès est adhérent ; alors on y plante un trocart sur lequel on incisera la collection, après avoir préalablement suturé la plaie de la laparotomie.

La conduite de Gerster, bien que logique, trouvera, je pense, peu d'imitateurs ; elle est compliquée et, somme toute, le chirurgien fait deux opérations pour une.

Inversement, la méthode de Sonnenburg peut être taxée d'insuffisante. Pourquoi s'arrêter au péritoine pariétal ? Ce n'est pas de l'ouvrir qui ajoute un danger; bien au contraire, on évacue un liquide septique, celui de la cavité péritonéale, et, en outre, on se rapproche du foyer.

Faut-il aller plus loin encore et rechercher ce dernier ?

J'avoue, pour ma part, que je serai dorénavant disposé, malgré le succès précédent, à m'abstenir de toute recherche, même prudente ; je bornerai volontiers mon intervention à l'incision complète de la paroi abdominale suivie de l'introduction d'une mèche de gaze iodoformée au-dessous du cul-de-sac cæcal. Le drainage de la collection serait ainsi plus sûrement amorcé que dans le procédé de Sonnenburg, et je serais au moins certain de n'avoir pas aggravé la situation de mon malade, mon opération ayant été excessivement courte et n'ayant donné lieu à aucune inoculation, à aucun décollement d'adhérences.

M. Auffret. L'an dernier, je fus appelé auprès de la femme d'un confrère chez laquelle on avait diagnostiqué une appendicite. Je pensai qu'il s'agissait d'accidents inflammatoires liés à la présence d'une collection purulente siégeant en arrière de l'intestin.

Il y avait une rétraction très marquée de la cuisse et la malade présentait une fièvre intense. Nous étions prêts à intervenir, mais la malade refusa toute intervention et elle sembla guérir ; mais, pour moi, elle est menacée pour l'avenir d'accidents qui pourraient récidiver.

Communication et présentation de malade.

Tumeur maligne de l'extrémité supérieure de l'humérus ; amputation intra-scapulo-thoracique.

Par M. Delorme.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un blessé qui, il y a deux mois et demi, a subi une amputation intra-scapulo-thoracique pour une tumeur maligne de l'extrémité supérieure de l'humérus. Je résume aussi brièvement que possible son observation.

B.., artilleur, d'une vigoureuse constitution, entre dans mon service le 21 mars de cette année pour une affection de l'épaule. En mars 1890, c'est-à-dire il y a deux ans, il a fait une chute sur la main, le bras étant étendu. Il fut traité un mois pour une entorse de l'épaule, en guérit, reprit son service, fit une nouvelle chute le 30 avril 1890, dans laquelle le bras et l'épaule malade portèrent sur le sol. Douleurs dans l'épaule assez vives. On immobilise le membre. La guérison semble assurée en juin ; le blessé reprend son service militaire ; mais, quelques jours après, en conduisant des chevaux à l'abreuvoir, le membre supérieur droit, tiré un peu vivement, pendant une réaction brusque du cheval non monté, devient douloureux. A partir de ce moment, le membre reste impotent ; les mouvements de l'épaule sont limités et le blessé éprouve des douleurs ordinairement modérées, profondes, intermittentes dans l'articulation scapulo-humérale. Aucun traitement n'atténua ni les douleurs ni l'impotence fonctionnelle.

A son entrée dans mon service (20 mars 1892), je constate une tuméfaction modérée du moignon de l'épaule, lequel conserve sa forme normale ; des pressions exercées au niveau du col anatomique, du col chirurgical et dans l'aisselle, des mouvements peu étendus d'abduction ou d'extension produisent des douleurs peu vives; la palpation profonde donne une sensation de résistance à peu près uniforme excepté en avant, où la masse paraît plus molle. Mais, à aucun moment de l'examen je ne perçois de sensation de crépitation, et la région de l'épaule ne présente pas de vascularisation anormale. Je rappelle que les douleurs spontanées sont peu vives. Je ne trouve pas de ganglions dans l'aisselle. Je pense

à une ostéo-arthrite. C'était déjà le diagnostic qu'avaient porté avant moi trois collègues, dont l'un des plus distingués, de vous bien connu, et, en raison de la persistance de la gêne fonctionnelle, de l'insuffisance des modes de traitements utilisés, je propose l'arthrotomie, laquelle devait, dans ma pensée, être suivie d'un évidement ou d'une résection, suivant le caractère des lésions constatées *de visu.*

Cette incision antérieure faite, je ne trouve pas de pus ; la plaie saigne d'une façon insolite et je tombe bientôt dans une cavité plus longue que large creusée aux dépens de l'extrémité supérieure de l'humérus. Je pense alors à un ostéo-sarcome, et séance tenante, M. Maubrac, qui m'assistait dans mon opération, confirme ce diagnostic, en trouvant au microscope, dans quelques fongosités extraites de la cavité osseuse, de nombreuses cellules fusiformes. A la résection devait dès lors succéder une opération radicale et, acceptant la règle formulée par MM. Berger et Lucas-Championnière, qui, en pareil cas, jugent l'ablation totale du membre avec l'omoplate supérieure à la désarticulation humérale, je conseillai et pratiquai la première de ces opérations avec l'assistance de mes collègues, le professeur Robert, de MM. Mignon et Maubrac. Le diagnostic, confirmé par le microscope, me permettait de pratiquer sans regret cette opération. L'examen de la pièce me montra combien j'avais eu raison d'y avoir recours.

Je suivis les indications données par MM. Chauvel, Berger et Farabeuf : raquette comprenant une incision horizontale sur la clavicule, une incision antérieure poussée très près de ma section d'arthrotomie, une section courbe sous l'aisselle, une incision verticale postérieure partant de l'extrémité externe de la clavicule, coupant l'omoplate par son milieu et croisée en bas par la section axillaire prolongée quelques centimètres en arrière, pour bien dégager l'angle de l'omoplate ; résection sous-périostée de la moitié moyenne de la clavicule, dénudation des vaisseaux sous-claviers au-dessus et derrière la clavicule. Dénudation de la veine d'abord, laquelle, volumineuse et gonflée pendant l'expiration, m'eût gêné inutilement pour la ligature primitive de l'artère. Cette dénudation faite dans l'étendue de quelques centimètres, je glissai sous cette veine deux fils, l'un supérieur, l'autre inférieur, qui me servirent à la soulever ; je dénudai ensuite l'artère sous-clavière, l'enserrai dans une double ligature, la coupai, puis liai et coupai la veine entre deux ligatures après avoir, par le soulèvement et le massage du membre, refoulé vers le cœur le sang que renfermait son bout périphérique. La section des nerfs du plexus, l'incision des pectoraux et des muscles insérés sur la partie postérieure, le bord spinal et les angles de l'omoplate, ne présen-

tèrent rien de particulier. Je noterai cependant que la petite incision transversale inférieure qui prolongeait en arrière la section axillaire facilita beaucoup le dégagement de l'angle de l'omoplate. Pas de glanglions dans l'aisselle ou le creux sus-claviculaire.

L'ablation du membre ne dura guère que trente-cinq minutes ; la réunion, par des points de boutonnière, des muscles antérieurs aux muscles postérieurs, les sutures et le pansement, durèrent environ le même temps. Drain assez court vers la partie moyenne de la plaie ; en bas, je laisse deux centimètres de la plaie sans sutures.

Pansement antiseptique ouaté, étendu de la partie supérieure du cou à la partie inférieure de l'abdomen.

Pendant l'opération, l'hémorragie avait été très faible, le chloroforme bien supporté, et le blessé, reporté dans son lit, répondait aux questions qu'on lui adressait, sans présenter les signes d'une commotion générale, quand, vers une heure de l'après-midi, deux heures après l'opération, on m'avertit qu'il était dans un état alarmant : sueurs froides, peau glacée et d'un blanc mat, respiration gênée, lente, irrégulière, non améliorée par la section partielle du pansement ; pouls petit, imperceptible ; température 35° dans le rectum. L'intelligence restait intacte. Pas d'incontinence d'urine ou de matières fécales.

Cet état de chose grave persista jusqu'à 10 heures du soir. Jusqu'à cette heure la température prise fréquemment dans le rectum resta au-dessous de 36° ; mais grâce à des injections multipliées d'éther, de caféine, à l'ingestion d'alcool, d'une infusion forte de café dont je lui fis prendre deux litres en une heure, à 10 heures, la température rectale atteignait 36° ; pendant la nuit, elle remontait encore progressivement, grâce à l'emploi continu des excitants. A 2 heures du matin, elle était de 36°,4 ; à 4 heures de 37° ; à 8 heures du matin elle atteignait 37°,1. A ma visite du lendemain, le pouls était faiblement perceptible, très petit, précipité et la peau moite.

Ce choc intense modifia la vitalité des tissus de cet opéré. Une injection d'éther faite au bras, avec une seringue soigneusement désinfectée, donna lieu à un phlegmon circonscrit ; les bords de la plaie opératoire, sur plusieurs points, aussi bien sur le bord antérieur que sur le postérieur, présentèrent des plaques cutanées, superficielles très peu étendues de sphacèle, n'intéressant que la couche superficielle du derme ; la pression d'une pièce saillante du pansement produisit un sphacèle superficiel, mais étendu du derme à la partie postérieure du tronc, au-dessous de la plaie ; les piqûres d'éther faites à la cuisse donnèrent lieu à des eschares

sèches du derme ; enfin, à la levée du premier pansement, le sixième jour, je trouvai le canal du tube à drainage et le petit espace dans lequel la plaie n'avait pas été réunie, en bas, recouverts d'une couenne épaisse, blanchâtre, adhérente, que je dus attoucher avec de la teinture d'iode. Cependant la réunion de la plaie fut obtenue par première intention, dans toute son étendue ; le drain ne fournit que quelques grammes de liquide louche au premier pansement ; les sutures furent enlevées le quinzième jour, et la guérison ne fut reportée au commencement de mai, un mois environ après l'opération (28 mars), qu'à cause de l'oblitération lente du canal du drain.

Ce ne fut qu'au bout d'une vingtaine de jours que le blessé reprit bien ses forces et put se lever. Actuellement, sa santé est parfaite.

A l'examen macroscopique, on trouva développée aux dépens du tiers supérieur de l'humérus et d'une façon régulière, la cavité allongée de l'ostéosarcome, tapissée de tissus fongueux. La coque était continue, osseuse, dans presque toute son étendue excepté en dedans et en avant, où elle avait été incisée longitudinalement sur une étendue de 5 centimètres. Le tissu néoplasique infiltrait peu les parties molles voisines. La tête humérale qui la terminait et en faisait partie, commençait à être envahie sur son pourtour ; son cartilage, dans la plus grande partie de son étendue, était sain.

L'omoplate aussi était sain, mais la synoviale, au point de son insertion sur l'omoplate, comme l'a vu M. Maubrac qui a préparé la pièce et qui en a pratiqué l'examen histologique, était infiltrée par le tissu néoplasique ainsi que le muscle sus-épineux. La désarticulation de l'épaule se fût donc montrée insuffisante dans ce cas ; elle n'eût pas permis d'atteindre les limites du mal et eût exposé le blessé à une récidive rapide.

Au microscope, la structure du sarcome n'était pas uniforme et, selon les points examinés, M. Maubrac trouva une prédominance des cellules rondes ou des cellules fusiformes. Ces deux variétés de cellules étaient parfois mélangées. Dans la synoviale épaissie et jaunâtre, il constata une infiltration de la couche sous-épithéliale, avec des cellules rondes dans le liquide infiltré. Dans la paroi osseuse humérale, il n'a pas rencontré de myéloplaxes. En résumé, on avait affaire ici à un ostéo-sarcome de l'humérus, à cellules rondes et fusiformes avec irruption de la masse sarcomateuse dans les parties molles de la région deltoïdienne et sus-scapulaire.

L'humérus présente une fracture à la partie inférieure de la pièce, à 3 centimètres environ du col chirurgical, mais cette fracture a été produite au cours de l'opération.

Quant au résultat de cette dernière, il est très satisfaisant. La cicatrice est régulière, non adhérente, et si elle est quelque peu chéloïdienne, elle n'a pris ce caractère que tout récemment. Au-dessous, on ne trouve aucune induration. La sensibilité du moignon est normale, excepté à la partie supérieure de la région pectorale, où elle est un peu diminuée ; la clavicule, que j'ai eu soin d'exciser obliquement d'avant en arrière et de dedans en dehors, suivant le conseil de M. Berger, n'est point saillante et ne soulève point les téguments. Il n'y a pas de déviation du tronc; et la ronde bosse de la région thoracique se continue régulièrement avec la surface du cou. L'appareil de prothèse que j'ai commandé pour ce blessé lui rendra, sans nul doute, les services qu'en ont tirés les blessés de MM. Lucas-Championnière et Berger.

Discussion.

M. Kirmisson. Il me semble que l'intervention a été bien grave, étant donné le cas : l'omoplate est parfaitement saine et la synoviale était seule altérée. Je me serais contenté d'une simple désarticulation de l'épaule et j'aurais seulement réséqué la cavité glénoïde, si j'avais trouvé la synoviale malade. L'opération est moins grave et, actuellement, le malade n'est pas plus à l'abri d'une récidive que si on lui eût simplement désarticulé l'épaule.

M. Quénu. J'ai fait la même réflexion à propos d'un cas de M. Berger ; j'ai dit qu'on ne devait pas quand même proposer cette amputation inter-scapulo-thoracique. Ce n'est pas l'état de la synoviale ou des os qui fait la gravité de la lésion ; ce sont les muscles dont il faut surtout contrôler l'intégrité ou l'envahissement, et c'est de cet examen qu'il faut surtout tirer une indication opératoire.

M. Peyrot. C'est en effet par cette voie que se fait la récidive ; pour des opérations de ce genre, j'ai eu plusieurs succès durables parce qu'il n'y avait pas d'envahissement musculaire. J'ai enlevé ainsi une tumeur du maxillaire parfaitement encapsulée, autour de laquelle les muscles étaient tout à fait sains, et la guérison est restée définitive.

M. Marchand. Il est nécessaire d'établir une distinction bien nette entre les récidives locales du sarcome, et les divers dépôts néoplasiques provenant de l'infection. M. Quénu insiste sur la facilité avec laquelle le sarcome envahit secondairement les muscles, propriété qui lui est commune avec d'autres tissus pathologiques plus malins. Du reste, cet envahissement n'est point de l'infection proprement dite, et ne doit pas être considéré comme

de nature métastatique. Il ne s'agit là que d'un processus local, grave à la vérité, mais qui peut encore être combattu avec avantage, si les circonstances anatomiques en laissent la possibilité.

Je citerai brièvement une observation qui le démontre jusqu'à l'évidence.

Il s'agit d'une malade âgée de 36 ans en 1887, époque à laquelle je l'opérai pour la première fois d'un énorme sarcome du dos, présentant le volume d'une grosse tête d'adulte, s'étendant de la sixième vertèbre cervicale à la dixième dorsale, dont la base remplissait presque en totalité l'espace situé entre les bords spinaux des deux omoplates.

Cette énorme tumeur avait commencé en 1880 par un nodule du volume d'une grosse noisette qui avait semblé succéder à une contusion produite par une chute sur cette région qui avait été récemment le siège d'un vésicatoire. En 1886, grossesse ; augmentation notable du néoplasme, qui devient gros comme une orange ; l'allaitement est cessé au bout de trois mois, et c'est à partir de ce moment que la tumeur acquiert en quelques mois l'énorme volume que j'ai signalé. Tumeur dure partout, de consistance fibreuse, manifestement en rapport avec les muscles larges du dos.

L'extirpation fut largement pratiquée au bistouri ; le tissu pathologique faisait absolument corps avec les muscles de la région : trapèze, grand dorsal, rhomboïde durent être divisés largement.

Il en résulta une vaste plaie, dont le fond, constitué par des muscles divisés, était d'apparence fort irrégulière. La réunion était impossible, la plaie fut pansée à plat. La réparation marcha en somme assez vite, car la malade, opérée le 12 juin 1887, sortait de l'hôpital le 26 juillet avec une cicatrice presque complète et assez souple.

La tumeur, examinée histologiquement, était formée par du sarcome fuso-cellulaire typique non mélangé d'aucun autre tissu. A la fin de l'année 1888, la malade revint me voir avec une tumeur de récidive grosse comme une mandarine, siégeant à l'angle supérieur de la plaie, et manifestement développée dans les moignons des muscles divisés. Je l'extirpai aussi largement que possible en enlevant toute la couche musculaire qui semblait former une sorte de capsule au néoplasme.

Au mois de février 1889, nouvelle récidive, au même niveau, dans les muscles des gouttières vertébrales : nouvelle et large extirpation.

Depuis lors, jusqu'au mois de mai de cette année, je ne revis plus la malade. Il y a trois semaines, elle se présente de nouveau à mon examen, non plus, cette fois, pour une récidive locale. L'énorme cicatrice dorsale, au-dessus de laquelle on sent les apophyses épineuses au centre d'une dépression double et profonde, est parfaite, souple, légèrement pigmentée, n'entraînant *aucune gêne ni déformation.*

A la partie supérieure, on sent très nettement les deux dernières vertèbres cervicales ; il n'existe nulle part aucun nodule suspect ; la guérison locale est certainement définitive. Malheureusement, depuis quatre ou cinq mois, la malade a vu son ventre augmenter de volume ; et cette région aujourd'hui est distendue au point de présenter l'aspect d'une grossesse arrivée près du terme. La tumeur qui distend le ventre est dure, bosselée, immobile, et manifestement constituée par une masse sarcomateuse dont il est impossible de reconnaître exactement le point de départ.

La malade a pâli, semble très anémiée, n'a pas vu ses règles depuis deux mois. — Elle ne présente encore ni ascite ni œdème, et a comme le pressentiment qu'il existe une relation entre la tumeur que je lui ai extirpée et cette grosseur du ventre.

De mon côté, je ne me fais aucune illusion sur la vraie nature de l'affection actuelle, qui est manifestement une récidive métastatique de son sarcome fibro-plastique.

M. Delorme. J'aurais bien voulu que l'opinion de M. Kirmisson se soit produite et ait été défendue autrefois au moment de la communication de M. Berger. A ce moment, toute la Société de chirurgie a semblé reconnaître et déclarer que cette opération remplissait la meilleure indication. J'ai suivi cette pratique et j'en suis heureux pour mon blessé ; chez ce garçon, la synoviale et le muscle sus-épineux étaient altérés ; or, après la désarticulation, il m'eût été impossible d'abraser le sus-épineux malade, quel que soit le procédé que j'eusse utilisé ; j'aurais donc laissé dans la plaie des éléments de repullulation rapide. Certainement mon malade a couru de grands risques, mais ce n'est pas un argument contre l'indication de l'opération. Du reste, la statistique de M. Berger démontre qu'il n'y a pas une grande différence de mortalité entre cette grave mutilation et la simple désarticulation de l'épaule.

Je répondrai à M. Quénu que les parties molles étaient envahies et que j'ai répondu à l'indication de prévenir l'infiltration par les muscles. Je reste de l'avis de MM. Berger et Lucas-Championnière et, dans le même cas, je referais la même opération.

M. Quénu. J'ai protesté contre l'exagération opératoire, quand il s'agit de sarcomes centraux. M. Delorme aurait opéré moins largement s'il avait trouvé une tumeur bien enkystée. Dans un cas de M. Tillaux, le sarcome était bien limité à l'extrémité supérieure de l'humérus et on s'est contenté de la désarticulation. Si, au contraire, il y a des désordres dans les parties molles, l'indication est différente.

Présentation de malade.

M. Chaput présente un malade qui a été l'objet d'un rapport de M. Chauvel en 1889. Ce malade a subi une amputation de Chopart modifiée de la façon suivante. L'incision cutanée a la forme d'une raquette à queue externe. Après avoir désarticulé l'avant-pied dans l'articulation médio-tarsienne, le calcanéum est dénudé au niveau de sa face inférieure et de son extrémité postérieure, puis on lui fait subir deux sections osseuses, l'une verticale en arrière, emportant l'insertion du tendon d'Achille, l'autre horizontale, qui supprime une tranche de la face inférieure épaisse en arrière et mince en avant. De telle sorte que la face inférieure de cet os, au lieu d'être oblique à 45°, comme elle l'est normalement, devient absolument horizontale.

Grâce à ces précautions, on évite à coup sûr le renversement du calcanéum, puisque, d'une part, on a horizontalisé sa face inférieure et, d'autre part, supprimé l'action nuisible du tendon du triceps.

Le temps écoulé depuis l'exécution de l'opération permet d'affirmer l'excellence des résultats définitifs.

Comité secret.

La Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Delorme sur les titres des candidats à la place de membre titulaire.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.



Séance du 22 juin 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Résection tibio-tarsienne chez un vieillard de* 63 *ans*, par M. G. Roux (de Marseille), membre correspondant national ;

3° *Expulsion d'un corps fibreux de l'utérus de la grosseur d'une tête de fœtus à terme*, par M. Decornière (de Lisieux) (M. Routier, rapporteur);

4° *Leçons cliniques sur la chirurgie des enfants*, par M. Romniceanu (de Bucharest), membre correspondant national. Bucharest, 1892 (en roumain).

A propos du procès-verbal.

M. Berger. C'est en me fondant sur le dépouillement d'un nombre considérable d'observations, et en tenant compte de la fréquence extrême des récidives après l'ablation des tumeurs malignes de l'humérus, que j'ai cru devoir préférer l'amputation inter-scapulo-thoracique. Dans l'immense majorité des cas, on a presque toujours observé des prolongements intra-musculaires, et le cas de M. Delorme appartenait à cette catégorie. La désarticulation n'est indiquée que dans les tumeurs tout à fait encapsulées ; je partage tout à fait l'avis et j'approuve absolument la conduite de M. Delorme.



Communication.

Cure d'une fistule recto-vaginale par la périnéorraphie après échecs par les procédés dits d'économie,

Par M. A. Routier.

De tout temps, la difficulté de fermer les fistules recto-vaginales a préoccupé les chirurgiens.

En 1883, M. Monod, dans son mémoire à la Société de chirurgie, généralisait la pratique du professeur Richet et préconisait après lui la section du périnée jusqu'à la fistule et la restauration immédiate.

Cette large façon de procéder a effrayé quelques chirurgiens, qui, ajoutant à leur indécision les velléités de leurs malades, se sont efforcés de chercher des moyens plus simples à leurs yeux pour arriver au même but, l'occlusion de la fistule.

Dans la séance du 1er octobre, M. le professeur Le Dentu a décrit une méthode d'occlusion des fistules recto-vaginales basée sur une autoplastie par glissement ; sa malade est guérie « après avoir senti passer des gaz par son ancienne fistule le premier jour et même après l'ablation des fils, en très petite quantité et à deux ou trois reprises, nous dit l'auteur, cette particularité ne s'est pas reproduite ».

Il semble, à la lecture de la communication telle qu'elle est dans nos bulletins, que M. Le Dentu n'ait pas fait lui-même la vérification de la guérison.

Je ne reviendrai pas ici sur la description du procédé préconisé par M. Le Dentu ; mais je me permettrai de faire remarquer que si son autoplastie avait échoué, il semble que la malade aurait eu une fistule plus grande qu'avant l'opération.

Si je fais cette remarque, c'est que c'est une des objections adressées à la fente du périnée suivie de sa restauration immédiate. « Si la périnéorraphie manque », a dit mon ami Quénu dans la discussion qui suivit la communication de M. Le Dentu, « on substitue à une petite fistule qui ne laissait passer que quelques gaz une large brèche transformant le vagin en cloaque. » Et, en vertu du principe *primo non nocere*, M. Quénu propose un autre procédé destiné toujours à épargner le périnée ou ses vestiges.

Une première opération d'avivement simple ayant manqué, ce chirurgien en fit alors une autre avec dédoublement du périnée et section isolée de chacune des fistules ; cette opération, pratiquée le 6 novembre, nécessita plusieurs cautérisations consécutives, et, le 5 mars, la guérison complète était assurée. Ce n'est toujours pas un procédé rapide.

A. Guérin, Després, Verneuil, ont préconisé autrefois ce dédoublement périnéal soit pour assurer un affrontement plus parfait des bords avivés des orifices fistuleux, soit pour créer une large voie de dérivation aux gaz.

MM. Bouilly et Segond furent à peu près seuls à se ranger à côté de M. Monod pour défendre la section du périnée suivie de périnéorraphie immédiate, sauf pour le cas de fistules recto-vaginales haut placées.

Si je ne manifestai pas mon opinion dans cette discussion, où je me serais rangé du côté Monod-Bouilly-Segond, c'est que je n'avais qu'un seul cas à mon actif, traité, il est vrai, et guéri par la périnéorraphie.

Plus tard, le 12 novembre 1890, M. Segond, faisant un rapport sur une observation de M. Félizet, décrivait le procédé proposé par l'auteur, procédé qui était une simplification du procédé Guérin-Quénu ; ici, pas de sutures, dédoublement du périnée jusqu'au-dessus de la fistule, puis section du lambeau postérieur ou recto-périnéal.

J'ai eu précisément, dans ces derniers temps, l'occasion d'essayer ce procédé, et je suis, à cause de l'insuccès obtenu, revenu à la périnéorraphie, qui m'a permis de guérir ma malade.

Il s'agissait d'une jeune femme de 23 ans qui, à la suite d'un accouchement par le siège, eut le périnée fendu assez haut au moment du dégagement de la tête dernière.

L'accoucheur des hôpitaux qui l'assistait fit une périnéorraphie immédiate et reconstitua un superbe périnée, avec sphincter anal efficace ; mais cette restauration manqua vers l'angle supérieur, et il en résulta une fistule franchement recto-vaginale, c'est-à-dire s'ouvrant vraiment dans le vagin, d'une part, et, d'autre part, dans le rectum au-dessus du sphincter.

Les gaz et les matières s'échappaient involontairement en dehors des garde-robes ou des efforts pour aller à la selle.

Il y eut même une sorte de rectite consécutive qui fatigua beaucoup la malade.

Sept ou huit mois plus tard, ce même accoucheur essaya l'occlusion de la fistule recto-vaginale par une opération simple, l'avivement vaginal et la suture ; cette tentative aboutit à un échec.

Je fus appelé alors auprès de la malade, et, malgré la présence d'un superbe périnée large et bien étoffé, je songeai à la périnéorraphie ; mais le médecin habituel de cette jeune femme, son accoucheur, m'effrayèrent. Elle supportait fort mal le chloroforme, et, lors de cette tentative de suture, elle avait vomi trois jours et tr[illegible]its consécutives ; de plus, il était impossible d'obtenir la [illegible]ation.

[illegible]s chercher alors un procédé rapide et simple : celui que M. Félizet avait proposé ici me parut répondre aux besoins de la cause ; c'est celui que j'employai le 7 décembre 1891.

Je dédoublai le périnée par l'incision prérectale de Nélaton et pris soin de pousser ce dédoublement assez haut au-dessus du trajet fistuleux, qui était très calleux. Je grattai même pour l'aviver l'orifice du côté vaginal, et je sectionnai la valve postérieure, c'est-

à-dire le sphincter anal jusqu'à la fistule. La plaie périnéo-rectale fut bourrée d'iodoforme, l'orifice vaginal de la fistule très soulevé.

Pendant les premiers jours, rien d'anormal ne me fut signalé ; mais quand je renouvelai le pansement, le tassement de la gaze iodoformée étant moins bien pressé que celui que j'avais fait sous le chloroforme, il arriva que des gaz passèrent.

A la fin de janvier, mon résultat était pitoyable ; la fistule vaginale existait toujours, et le sphincter était insuffisant pour retenir soit les gaz, soit les matières liquides.

Aussi, revenant à mon premier dessein, je fis, dès le 1er février, une large périnéorraphie, en ayant soin d'exciser les bords de la fistule qui étaient très calleux, ainsi que les vestiges de la plaie formée par ma première intervention.

Cette fois, j'ai réussi, et le succès aurait été complet s'il ne s'était fait un tout petit trajet fistuleux ano-périnéal, sous-muqueux, de 3 millimètres de long environ ; mais comme ce trajet était au-dessous du sphincter restauré, il n'y passait ni gaz ni matières.

Ce trajet, du reste, était le résultat d'un incident qui faillit venir compliquer mon opération, incident dû à la mauvaise qualité des fils d'argent que j'employai et qui cassaient à tout coup.

Ceci m'obligea à repasser deux et trois fois mon aiguille dans les mêmes trajets ou à peu près, et, en désespoir de cause, à me servir de soie aseptique.

Un fil d'argent qui avait bien voulu tenir au moment de l'opération s'est cassé le jour où j'ai enlevé les fils, 7e jour après l'opération, et son anse resta dans les chairs.

Cette jeune femme, très nerveuse, se préoccupait toujours de son anse de fil ; j'ai dû la lui enlever, et pour cela il a fallu une séance de chloroforme.

La petite fistule ano-périnéale a été traitée et guérie, et aujourd'hui cette malade est débarrassée de son infirmité ; il n'existe plus la moindre communication entre son vagin et son intestin.

Mais le sphincter sectionné lors de ma tentative opératoire mode Félizet a dû se rétracter, et bien que le périnée soit parf[illegible]e sphincter, qui serre cependant le doigt parfaitement, laiss[illegible] per des gaz. Il est probable que si, suivant mon inspira[illegible] mière, j'avais d'emblée fait la périnéorraphie, je n'aura[illegible] regretter cette imperfection dans mon résultat.

J'ai depuis eu l'occasion de me servir de fils de soie pour des périnéorraphies et n'ai eu qu'à me louer de leur emploi.

Je crois donc qu'en face d'une fistule recto-vaginale, le procédé le plus sûr et le plus simple, c'est encore la section du périnée suivie de la restauration immédiate.

Discussion.

M. Pozzi. La cure des fistules recto-vaginales a été l'objet de nombreux travaux dans ces derniers temps. L'observation de M. Routier est intéressante ; elle nous démontre l'insuccès des anciens procédés, l'insuffisance de la vieille méthode de Saucerotte (1801), ou dédoublement simple, non suivi de suture, et la supériorité de la périnéorraphie. On doit dire aujourd'hui qu'il faut, dans ces cas, pratiquer la périnéorraphie sans s'occuper de la fistule. Cette restauration s'impose absolument quand il y a en même temps une rupture partielle des parties molles ou même un simple affaiblissement, ce que j'ai appelé une rupture sous-muqueuse du périnée. Le procédé le meilleur dans ce cas est celui de Lawson-Tait ; il permet la mobilisation large du rectum et la destruction du parallélisme entre les deux orifices, rectal et vaginal. Il est applicable dans tous les cas, dans ceux où le périnée est seulement affaibli et même dans ceux où le périnée est parfaitement intact ; il est même applicable quand la fistule siège près du col de l'utérus ; Sänger l'a employé dans ce cas (sous le nom de périnéotomie transversale) et a eu d'excellents résultats. On peut donc par le périnée guérir toutes les fistules (1).

Dans le cas de M. Routier, peut-être eût-il été possible de ménager le périnée et de faire la suture directe par le vagin. En effet quand la fistule siège au-dessus d'un périnée intact, il y a deux manières de procéder. L'une est la périnéorraphie par le procédé de L.-Tait dont j'ai déjà parlé. L'autre consiste, si la fistule est assez petite et n'est pas entourée de bords calleux, à faire par le vagin une opération spéciale. Il ne faut pas se contenter d'un avivement simple, il faut procéder par dédoublement.

Préconisé par Frish, en 1888, et plus récemment chez nous par M. Le Dentu, ce procédé a été perfectionné par Sänger ; celui-ci suture la fistule directement par des points de suture vaginaux et rectaux et fait ensuite une autoplastie par glissement. Si l'on éc[illegible], il y a encore moyen de faire l'opération par le périnée. [illegible]i, l'opération simple par dédoublement *sans suture* doit [illegible]donnée, et la périnéorraphie reste la meilleure opération.

[illegible]zy. Dans un cas que j'ai opéré récemment, j'ai fait la périnéorraphie par le procédé d'Emmet, et j'ai parfaitement réussi. Si le périnée avait été intact, je l'aurais conservé et j'aurais opéré par dédoublement, en faisant une espèce de colpopérinéorraphie. On respecte ainsi le sphincter, ce qui est un point important.

(1) J'ai traité ce sujet en détails dans mon *Traité de gynécologie*, 2e édition.

M. M. Sée. Je croyais avoir le premier appliqué un mode de traitement qui, en somme, appartient à Demarquay. Dans un cas où le sphincter était solide et où il y avait une fistule large comme la pulpe de l'index, j'eus l'idée de fendre le sphincter anal en arrière pour arriver facilement sur la cloison recto-vaginale. Je pus alors commodément aviver et suturer les muqueuses rectale et vaginale; je ne fis pas de réunion du sphincter; celui-ci se réunit secondairement d'une façon complète. Je crois que ce procédé peut être utilisé dans les cas où la fistule est haut située.

M. Terrier. Je désire communiquer une méthode de traitement qui me paraît peu connue en France. Le résultat que j'ai obtenu a été médiocre; mais je ne puis accuser que mon inexpérience et le manque de précautions suffisantes. Il s'agissait d'une femme ayant une collection purulente ouverte tantôt dans le vagin, tantôt dans le rectum; la fistule était située très haut, derrière le col de l'utérus. Malgré toutes les tentatives pour en obtenir la fermeture, rien n'avait réussi. J'eus l'idée d'opérer, comme pour l'extirpation de l'utérus, par la voie sacrée; je pus par cette voie arriver entre le rectum et le vagin et mettre la fistule à nu. Je me contentai de faire une suture au niveau du rectum et je négligeais la perforation vaginale. Il aurait été utile de faire cette suture et de faire, en outre, subir une torsion au vagin, de manière à détruire le parallélisme entre les orifices. Je fis en même temps le nettoyage de la poche purulente. Le résultat fut la guérison de cette collection et la disparition des poussées inflammatoires. Au bout d'un mois, il se reproduisit entre le rectum et le vagin une nouvelle communication pour laquelle je me déclare à peu près désarmé. Je crois que cette méthode peut donner de bons résultats et je pense que son échec ne peut être mis que sur le compte de mon inexpérience.

M. Lucas-Championnière. Je ne partage pas l'optimisme de mes collègues; on n'a pas, suivant moi, trouvé de bonne opération définitive, parce que les cas sont tout à fait différents. J'ai [illegible] de mauvais résultats pour des cas qui semblaient favorables [illegible] opérer trois fois une malade qui paraissait présenter le[illegible] leures conditions et j'ai guéri du premier coup un cas qui [illegible] plus difficile. Il n'y a pas lieu d'hésiter à refaire le périnée; celui-ci se réunit toujours; s'il y a quelque chose qui manque de se réunir, c'est la fistule. L'opération de M. Sée est bonne; mais elle ne réussit pas non plus toujours; de même, avec la suture à trois étages, on est exposé à voir persister une fistulette.

Il me semble qu'il n'y a pas encore un procédé donnant des

résultats définitifs et il serait nécessaire d'apporter un grand nombre de cas opérés par la même méthode.

Dans un dernier cas, j'ai purgé ma malade tous les jours ; le résultat a été bon.

M. Marchand. J'ai opéré la même malade, par le procédé d'Hégar, deux fois sans succès. Depuis ce temps, j'ai franchement attaqué ces fistules en fendant le périnée et mes malades ont parfaitement guéri. Il ne s'agit plus alors que d'une vraie périnéorraphie.

Il y a deux ans, chez une femme de 50 ans, ayant une fistule pathologique, j'ai également opéré avec succès par la périnéorraphie.

M. Reynier. J'ai opéré, par une véritable colpo-périnéorraphie, deux femmes atteintes de fistules recto-vaginales, ayant le périnée détruit et j'ai eu deux succès.

Dans un autre cas, j'ai eu un insuccès ; il me semble qu'il est nécessaire d'admettre des conditions spéciales tenant à la malade.

M. Pozzi. On peut fendre le périnée *transversalement* et réunir par la suture ; ce qui est la règle de conduite ordinaire actuelle.

L'autre manière de fendre le périnée, sans réunion, me paraît tout à fait caduque.

M. Lucas-Championnière. Pour moi, la réunion du périnée ne fait pas de doute et c'est le traitement que j'ai en vue. Mais, même dans ces conditions, on peut échouer et il y a des particularités individuelles dont il faut tenir compte.

M. Pozzi. Il ne s'ensuit pas que nous ne devions pas rechercher le meilleur procédé ; sans doute cette cure est difficile ; mais il y a des faits nouveaux et des procédés récents avec lesquels on a plus de chance de succès qu'avec les anciens procédés.

M. Routier. J'ai fait cette communication pour montrer qu'il fallait revenir à la périnéorraphie et qu'on devait abandonner les procédés en apparence plus simples. L'opération de Félizet a eu l[illegible]avantage, chez ma malade, de diminuer la résistance du

---

Présentation d'instruments.

1° *Seringue pneumatique absolue.*

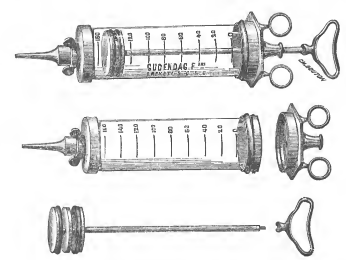
M. Felizet présente à la Société de chirurgie la *seringue pneumatique absolue*, grand modèle destiné aux injections d'hydrocèles et aux lavage des grandes cavités.

L'appareil que j'ai l'honneur de présenter à la Société repose sur le principe de la seringue à injections hypodermiques et à instillations, que je vous ai soumise au commencement de l'année. Ce principe est l'expansion excentrique régulière des disques de gutta-percha : l'effet est le vide absolu.

La seringue que voici a pu en effet séjourner, en tension de vide, pendant ces vingt-quatre dernières heures dans un réservoir plein d'eau, sans qu'une goutte de liquide ait pénétré dans le corps de pompe.

Cela dit pour la puissance et la précision de l'appareil.

Pour assurer à une seringue, d'une capacité de 100 grammes et plus, avec cette puissance, les qualités de démontage facile, de



fonctionnement régulier et d'aseptisation parfaite que présentait notre petit modèle, nous avons rencontré de sérieuses difficultés d'exécution.

La compression, régulière sur un disque petit et mince, donnait des effets incertains sur un disque de 5 centimètres de diamètre. C'est par un petit artifice que je lui ai conseillé l'interposition d'un disque métallique, intermédiaire à deux disques, ou plutôt à deux colliers de gutta-percha, que M. Gudendag est arrivé à obtenir un piston aussi parfait que celui des modèles hypodermiques; et nous sommes assurés, déjà, de pouvoir faire des pompes, à large section, aussi exactes et aussi puissantes que la seringue à hydrocèle que nous vous présentons aujourd'hui.

L'interposition d'un disque mobile de métal ne complique en aucune façon le démontage de l'appareil ni sa décomposition en pièces à laver, à changer et à stériliser.

Je ne crois pas me tromper en présentant l'appareil que nous a construit M. Gudendag, comme l'idéal que s'est proposé M. Guyon, en faisant construire pour la chirurgie des voies urinaires la seringue qui porte son nom.

En résumé, un vide *absolu*, dans l'acception scientifique du mot, un fonctionnement régulier, une stérilisation des plus faciles, un agencement des accessoires disposé pour en faire l'instrument le moins encombrant de la chirurgie urinaire et de la chirurgie générale, telles sont les qualités qui m'ont paru devoir recommander à vos yeux ces instruments pour l'exécution desquels je n'ai eu qu'à me louer de M. le constructeur Gudendag.

2° *Appareil pour la stérilisation et la conservation des fils.*

M. Forgues présente à Sociéte de chirurgie un appareil qui paraît réaliser d'une façon simple l'aseptisation des fils à suture et à ligature, la conservation de cet état aseptique et le dévidement des bobines. Il est inspiré du modèle de Schimmilbusch, et constitue un type plus maniable que l'instrument de l'assistant de Bergmann.

Dans une gaine tubulaire est disposé un jeu de trois bobines creuses qui se dévident par trois glissières parallèles à leur axe : une demi-valve cylindrique ferme l'appareil. Il est partout facile de faire bouillir l'appareil tout entier, pleinement ouvert, dans l'eau additionnée d'un peu de carbonate de soude : grâce à cette disposition des bobines creuses, *à jour*, l'imbibition des fils est totale et la stérilisation égale sur tous les tours. Vingt minutes de coction suffisent, sinon à la stérilisation idéale, du moins à l'asepsie suffisante : toutes mes ligatures perdues s'enkystent, tous mes points de suture profonde et superficielle restent aseptiques. Après le temps de coction nécessaire, une pince flambée retire l'instrument, qui s'essore rapidement; la valve se referme sur la gaine : on a ainsi le transport facile et l'utilisation immédiate d'une large provision de fil stérile.

Présentation de pièces.

1° *Tumeur ganglionnaire maligne de la région pancréatico-splénique.*

M. Routier. La tumeur que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une jeune femme de 27 ans, chez qui elle s'était développée en huit mois.

Cette malade avait subi en juin 1891 une laparotomie faite par M. Tuffier; on s'était contenté de détacher quelques adhérences des trompes et des ovaires.

A son entrée à Beaujon où je l'ai opérée, le 22 avril 1892, elle se plaignait de la continuation de ses douleurs du petit bassin, qui avaient persisté et qui avaient même augmenté; puis elle nous montrait une tuméfaction de la région épigastrique à gauche de la ligne médiane.

S'il était facile de constater une rétrodéviation irréductible de l'utérus, il était beaucoup moins commode de se prononcer sur la nature de la tumeur de la région abdominale supérieure.

De la forme d'un énorme haricot, cette tumeur dure et peu mobile semblait fixée à la colonne vertébrale.

Après avoir éliminé le rein, je me demandais si c'était une tumeur de la rate.

C'est sans un diagnostic très certain, mais parce que la malade souffrait et maigrissait que j'entrepris la laparotomie dans le but de l'en débarrasser.

Je fis une incision médiane sus-ombilicale; l'estomac et le côlon tendant à faire hernie furent repoussés; j'abordai la tumeur à travers une boutonnière du méso-côlon transverse et descendant. L'irradiation fut des plus pénibles. Trompé par une sensation de fausse fluctuation, je pratiquai sur la tumeur à nu une ponction; rien ne vint, mais la piqûre du trois-quarts saignait et il n'était pas possible de faire l'hémostase; je passai rapidement à l'ablation. Je dus séparer avec soin la veine splénique, je liai trois pédicules membraneux et pus extraire la tumeur que voici, réniforme, de 20 centimètres sur 15.

Le rein était à sa place, la rate aussi, et j'avais mis à nu la queue du pancréas.

La loge fut tamponnée avec la gaze iodoformée et je pansai la plaie abdominale.

L'opération avait duré quarante minutes.

Opérée le 22, la malade est morte le 24 au soir, sans avoir donné une goutte d'urine.

L'autopsie nous a montré qu'il n'y avait pas traces de péritonite ni d'hémorrhagie, la loge était nette et limitée par le rein, la rate et le pancréas; sur la queue de celui-ci, deux ou trois petits ganglions dont la coupe ressemblait à celle de la grosse tumeur, c'est-à-dire avait l'aspect encéphaloïde.

Les viscères examinés avec soin ne nous ont pas permis de trouver une lésion quelconque, les reins seulement étaient gros et blancs.

Voici la note que m'a remise M. Lafourcade, interne du service; l'examen histologique est de M. Papillon.

Les coupes présentent l'aspect typique du lymphadénome. La tumeur est formée de tissu réticulé, facile à mettre en évidence par le pinceautage, dans les mailles duquel se trouve des cellules rondes. Le réseau est serré et traversé par des travées fibreuses, épaisses contenant des vaisseaux sanguins avec leur structure normale. En quelques points, on trouve des follicules lymphatiques caractéristiques.

En somme, j'ai eu affaire à un lymphadénome du ganglion péripancréatique, et ne suis pas autrement étonné de n'avoir pas fait un diagnostic plus précis.

2° *Tumeur du creux poplité.*

M. Routier. La tumeur que je vous présente provient du creux poplité d'une femme de 29 ans, que j'ai opérée à Beaujon le 14 avril 1892. Cette femme, forte et robuste, s'aperçut, il y a un an, de l'existence d'une grosseur indolente dans le creux poplité droit.

Peu à peu cette tumeur a grossi et a gêné les mouvements du genou, c'est là la raison qui conduit la malade à réclamer le secours de la chirurgie.

Cette tumeur bosselée et médiane, envoyait un prolongement vers le tendon du demi-membraneux et s'enfonçait sous l'aponévrose du soléaire.

Pas traces de ganglions inguinaux. Or, voici le résultat de l'examen histologique :

Les coupes, pratiquées près de la périphérie, sont formées de deux zones; l'externe, en grande partie fibreuse, présente encore, par endroits, la structure ganglionnaire; l'interne est caséeuse. Entre ces deux parties se trouve une infiltration leucocytique abondante. Il n'y a pas de cellules géantes, et les procédés usuels de coloration n'ont montré aucun microbe. Il s'agit probablement d'un processus inflammatoire, d'une adénite ancienne en voie de régression.

C'est donc une tumeur formée aux dépens des ganglions proplités sans qu'il ait été possible de retrouver les traces de la porte d'entrée du contage.

Élection pour une place de membre titulaire.

La commission présente :

En première ligne : M. Tuffier ;

En deuxième ligne : MM. Picqué ;

En troisième ligne : Par ordre alphabétique, MM. Chaput, Michaud et Ricard.

Nombre de votants, 25. — Majorité, 13.

MM.	Tuffier........................	14 voix.
	Picqué	5 —
	Michaux	4 —
	Chaput.........................	1 —
	Ricard.........	1 —

M. Tuffier est nommé *membre titulaire* de la Société.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 29 juin 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Note sur un appareil destiné à faciliter l'extirpation des tumeurs abdominales et particulièrement celle des fibromes*, par M. Aug. Reverdin, membre correspondant étranger ;

3° *Grand abcès du foie. Curetage. Bactériologie*, par M. Fontan, membre correspondant national ;

4° *Statistique d'opérations*, par M. Dayot fils (de Rennes) (M. Périer, rapporteur) ;

5° *Note sur une variété rare de luxation de la hanche,* par M. Dayot fils. Brochure in-8° ;

6° *Hypertrophie considérable de la rate avec ascite et œdème des membres inférieurs. Laparotomie exploratrice. Guérison*, par M. Raymond (de Limoges) (M. Marchand, rapporteur) ;

7° Lettres de M. Tuffier : *a.* remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire ; *b.* s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

8° *Annual report of the Board of Regents of the Smithsonian Institution to july* 1890. Washington, 1891.

Communication.

Des calculs enchatonnés de la vessie,

Par M. Bazy.

J'ai eu l'occasion d'opérer trois fois des calculs enchatonnés de la vessie, et il m'a semblé intéressant de vous présenter quelques considérations sur ce point, d'autant que cette étude peut conduire à une thérapeutique plus efficace et plus directe des calculs vésicaux, et en particuler des calculs phosphatiques chez les hommes qui ne vident pas régulièrement et complètement leur vessie.

Voici d'abord ces trois observations :

Dans un premier cas, il s'agit d'un vieillard de 78 ans, grand, maigre, et qui avait toujours eu une bonne santé jusqu'au jour déjà lointain, puisque cela remonte à onze ans, où il fut pris d'une rétention d'urine pour laquelle il fut soigné par un de nos collègues des hôpitaux, qui lui conseilla de se sonder régulièrement. C'est ce qu'il a fait, et, pendant trois ans et demi environ, il alla bien. Au bout de ce temps, il commença à souffrir, revint trouver son chirurgien qui lui recommanda de laver plus régulièrement sa vessie. Mais les douleurs continuèrent, et, malgré de fréquentes visites au chirurgien, elles ne s'amendèrent pas. C'est alors qu'il vint me trouver, il y a huit ans environ, et après l'avoir minutieusement interrogé, soupçonnant un calcul, je le sondai ; mes prévisions se trouvèrent réalisées. Je lui pratiquai la lithotritie de Bigelow ; une séance de vérification fut négative.

Son état redevint bon pendant deux ans environ. Au bout de ce temps, il recommença à souffrir un peu ; ses douleurs s'accrurent, et

il vint me retrouver : il était porteur d'un nouveau calcul, phosphatique comme le premier, pour lequel je lui fis une lithotritie en deux séances avec la cocaïne, dont j'injectai une dose considérable sans déterminer d'autres accidents que des nausées, qui durèrent une heure environ.

Un an et demi après, il me demandait d'aller le voir chez lui, aux environs de Paris. J'étais surpris d'une récidive si prompte ; mais en arrivant dans la chambre du malade, j'en eus vite l'explication. En effet, quoique je lui eusse recommandé les plus grands soins de propreté, je trouvai ses sondes alignées debout sur une chaise comme des pipes à un râtelier, exposées à toutes les poussières de l'air ; c'était pour les faire sécher et égoutter, me disait-il. L'huile dont il les graissait était un liquide innomable recélant toutes les impuretés et renfermée dans un flacon ouvert.

Il m'avoua, en outre, que l'eau boriquée avec laquelle il faisait ses injections lui avait paru douloureuse, et qu'alors il l'avait remplacée par l'eau fraîche de son puits.

J'en savais assez sur les causes de cette récidive, et comme dans la suite, malgré mes objurgations, il ne modifia pas sa manière de faire, on ne sera pas surpris que j'aie eu à l'opérer depuis tous les quatorze ou quinze mois, dix-huit mois au plus tard, c'est-à-dire trois fois depuis ce moment. Il était assez habitué à faire le diagnostic du retour de la pierre pour n'avoir pas besoin de me demander mon avis, mais mon jour pour l'opération, que je répétais toujours avec l'assistance de mon ami le Dr Grenier sans avoir besoin de recourir à une exploration préliminaire.

Cependant, au mois de juillet dernier, il me fit demander de l'opérer chez lui, contrairement à ses habitudes. J'y allai et me mis en devoir de l'opérer avec le concours des docteurs L. Martin, son médecin, et Grenier.

Mon instrument rencontra une pierre que je broyai rapidement ; mais, en poursuivant mes recherches, je trouvai contre le col et au-dessus de lui un fragment que mon instrument touchait dans les mouvements de droite à gauche, mais qu'il ne pouvait saisir ; je l'effleurais simplement avec l'extrémité du mors de l'instrument quand je l'ouvrais et le fermais.

Je pensai de suite à un enchatonnement ou plutôt à un encellulement de la vessie dans une loge située en avant de la prostate, et j'avais d'autant plus de raison d'y penser que l'aspiration faite après ces tentatives vaines pour déloger le calcul ne put pas, elle non plus, le faire changer de place, ainsi que je m'en assurai ensuite.

J'avais encore une autre raison de penser à un vrai enkystement ou encellulement (si je puis ainsi parler). J'avais remarqué, dans les dernières opérations que j'avais faites à ce malade, qu'à chaque refoulement dans la vessie du liquide soit par la seringue, soit par l'aspirateur, il se montrait au-dessus du pubis une tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule, d'autant plus visible que le malade était maigre, et déjà depuis longtemps je ne mettais pas en doute l'existence dans ce

point d'une cellule vésicale ou tout au moins d'une zone où la paroi vésicale était plus faible et préparée pour la formation d'une cellule.

Quoi qu'il en soit, en présence de l'insuccès de mes manœuvres, et étant donnée la gravité de l'état général que je n'avais jamais constaté chez lui même quand il avait le plus souffert, je ne vis qu'une ressource, la taille hypogastrique, qui permettrait de retirer le calcul et surtout de désinfecter largement et facilement la vessie.

Je me retirai, laissant au Dr Martin le soin d'avertir notre malade, qui n'avait pas de famille, de la nécessité de lui faire la taille et de la faire d'urgence. C'est ce qu'il fit dès le soir même. Mais le malade, habitué à la lithotritie et à ses suites, qui avaient toujours été extrêmement bénignes chez lui, refusa tout d'abord, et ce n'est qu'au bout de trois jours qu'il se décida.

Je fis l'opération comme l'unique ressource qui nous restait de sauver le malade, avec l'assistance des Drs Grenier, Drouet, Martin.

Ballon de Petersen, 250 grammes. Injection de 150 grammes environ d'eau boriquée dans la vessie.

J'arrive rapidement à la vessie que j'incise sans trouver de cellule vésicale, et je trouve le calcul logé au-dessus du col, serré entre le col antérieur de la prostate et la paroi antérieure de la vessie.

Voici quelle était la disposition de la vessie et de la prostate :

La prostate, hypertrophiée on peut dire uniformément, faisait dans l'intérieur de la vessie une saillie annulaire, en cul-de-poule pour ainsi dire, avec l'orifice vésical au centre. Cet anneau, proéminant presque régulièrement de 1 centimètre dans l'intérieur de la vessie, laissait autour de lui et entre lui et la paroi vésicale une rigole. C'est dans cette rigole, au-dessus du col, que s'était logé le calcul, long de 2 centimètres environ et qui débordait cet anneau de 1 centimètre environ, de sorte que le bec du lithotriteur le sentait facilement dans les mouvements de gauche à droite, mais ne pouvait le saisir entre ses mors se mouvant d'avant en arrière.

Cette disposition, grâce au jour et à la facilité d'éclairage que donne la taille hypogastrique, était très facile à constater, et jo pus le faire constater à mes assistants, qui ne furent pas plus surpris que je ne le fus moi-même.

On comprend, après cet examen, que malgré l'absence de cellule, ce calcul ait pu rester dans cette position, malgré le remous formé par l'aspiration, car à ce niveau la paroi vésicale est en rapport avec la face postérieure du pubis : ce rapport était rendu plus intime par le développement de la prostate.

La vessie fut lavée, frottée et drainée avec les tubes de M. Périer. Le malade succomba épuisé le troisième jour.

Dans le deuxième cas, les conditions étaient différentes. Il s'agit d'un malade, âgé de 58 ans, qui m'est envoyé par notre distingué confrère, le Dr Proust (de Blois), avec le diagnostic de calcul vésical chez un prostatique ne vidant pas sa vessie depuis deux ans.

Les symptômes que le malade éprouvait consistaient surtout dans

des besoins fréquents de se sonder, dans des douleurs que la marche et la fatigue augmentaient, mais qui n'étaient pas, en somme, beaucoup influencées ni beaucoup déterminées par le mouvement. Il y avait eu deux hématuries à des intervalles assez éloignés et survenues sans raison appréciable.

Les urines étaient très troubles, purulentes et quelquefois teintes de sang.

L'exploration de la vessie me révéla des particularités intéressantes sur lesquelles je dois insister, parce qu'elles me conduisirent à faire la taille hypogastrique.

En effet, en explorant la vessie, je reconnus du côté gauche l'existence de petits calculs qui me fournissaient des petits contacts séparés par des intervalles où le bec de la sonde touchait la muqueuse vésicale; j'avais aussi un gros contact me révélant l'existence d'un gros calcul. Ce contact, étendu et fort, je ne l'avais eu qu'à un moment, et dans la suite, en prolongdant mon exploration, je ne l'avais plus retrouvé que très atténué. Mais ce n'est pas sur ces particularités que je veux attirer l'attention.

J'ai dit que toutes ces sensations, je les avais eues en explorant le côté gauche de la vessie. En explorant le côté droit, au contraire, à partir du fond, on était assez rapidement arrêté par une saillie contre laquelle la sonde venait buter et qui était, la vessie étant moyennement distendue, contenant environ 180 grammes de liquide, située à 4 centimètres environ du col vésical, car si on retournait le bec de la sonde de l'autre côté, on pouvait facilement la faire sortir de 4 centimètres environ.

Voulant m'éclairer sur la cause de cet arrêt, où je ne percevais d'autre sensation que celle d'une muqueuse vésicale un peu indurée, j'évacuai la vessie et pratiquai la palpation bimanuelle. Cette palpation me donna un résultat auquel je m'attendais, je puis l'avouer ; elle me fit constater l'existence d'une tumeur dure. Cette sensation était très nette, et malgré l'épaisseur de la paroi abdominale du sujet, je n'eus aucune espèce de doute, surtout en comparant avec le côté opposé. De ce côté-ci, on sentait une saillie qui continuait dans la vessie la saillie formée par la prostate ; de l'autre côté, cette tumeur était bien distincte de la saillie prostatique. Je me trouvais donc en présence d'une tumeur de la vessie compliquant des calculs vésicaux.

Une chose m'embarrassait, c'était l'absence d'hématuries ou du moins la rareté de ces hématuries ; mais j'avais observé deux cas de tumeur de la vessie n'ayant pas donné lieu à des hématuries, et si dans l'un de ces cas il s'agissait d'un fibrome méconnu, il est vrai, par un spécialiste très renommé, dans l'autre il s'agissait d'un épithélioma. Ces deux cas me revinrent à la mémoire, et mon diagnostic fut calculs vésicaux compliqués de tumeur de la vessie. Je dois dire cependant que ce diagnostic ne satisfaisait pas trop mon esprit. C'est pourquoi je pensais devoir faire la taille hypogastrique, qui me parut surtout devoir être une taille exploratrice, abstraction faite, cela va sans dire, de la possibilité d'extraire les calculs que j'avais diagnostiqués et qui me

paraissaient entretenir et augmenter la cystite. Je dois ajouter que la facilité avec laquelle le gros calcul se dérobait à mes explorations ne fut pas étrangère à ma détermination. Ce n'eût pas été une raison suffisante pour me faire abandonner l'idée de la lithotritie chez ce malade; mais ce n'a pas été sans influencer ma détermination.

L'opération fut faite chez les frères de Saint-Jean-de-Dieu, avec le concours des D[rs] Marquézy et Grenier. Ballon de Petersen, 250 grammes. 250 grammes environ d'eau boriquée dans la vessie après lavage aussi rigoureux que possible.

J'arrive rapidement sur la vessie que j'incise et que je me mets en devoir d'explorer avec le doigt. J'ai immédiatement l'explication des sensations que m'avait données le cathétérisme.

En effet, je vis de ce côté droit de la vessie une bride dirigée dans le sens antéro-postérieur, concave, résistante, épaisse d'un demi-centimètre environ, cloisonnant la vessie et la divisant en deux parties très inégales, l'une très grande, contenant deux petits calculs durs, lisses, du volume d'un haricot, et un calcul du volume d'une noix, rugueux, blanc, d'aspect phosphatique, qui se trouvait être situé sur le côté gauche du col, dans une loge séparée de l'orifice vésical sur un prolongement de la prostate, d'aspect rougeâtre, assez mou, long de 2 centimètres et demi environ et large de 1 centimètre, assez régulièrement cylindrique; c'était une véritable luette prostatique.

L'autre loge de la vessie, située à droite, m'avait paru à un premier examen très petite et peu profonde, et j'en étais à me demander ce qui avait pu donner lieu à cette sensation de tumeur vésicale, quand, explorant de nouveau la vessie avec le doigt, je sens dans cette loge un calcul qui avait le volume de l'autre, c'est-à-dire d'une noix. A mon premier examen, la loge était fermée; pendant que je faisais l'ablation des autres calculs, elle s'était ouverte et j'avais pu alors sentir le calcul, et j'avoue que je n'avais pas été médiocrement surpris en le rencontrant.

J'avais donc saisi sur le vif l'existence des contractions irrégulières de la vessie. J'avais ainsi l'explication de la sensation de tumeur que j'avais eue, et étant donnée la position de la pierre située en retrait dans cette loge, on comprend que l'explorateur ne put la sentir.

Ce fait m'a paru curieux et digne d'être rapporté dans tous ses détails.

Je ne crus pas devoir faire l'ablation de la luette prostatique, ce qui eût compliqué l'opération, et inutile du reste, puisqu'une vessie ayant une semblable conformation était une vessie fatalement condamnée au cathétérisme.

Je mis les tubes de M. Périer et plaçai un drain dans la loge vésicale, après avoir bien frotté la vessie avec une éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent au millième.

Suture partielle de la vessie, des muscles et de la peau.

Les suites furent entravées par une complication du côté de la poitrine. Cet homme, qui ne toussait jamais, fut pris de toux et bientôt d'une expectoration purulente abondante qui me fit craindre l'existence

d'un abcès du poumon. La fièvre cependant ne monta jamais bien haut, elle arriva une fois seulement à 38°,8 : néanmoins, cela suffit pour altérer l'état général au point de retarder la cicatrisation de la plaie opératoire, dont la partie inférieure s'était désunie. Néanmoins, il guérit fort bien et put repartir après un mois et demi environ pour son pays.

J'ajoute que l'un des gros calculs s'était brisé à moitié sous la pression des pinces, et la surface de section montra qu'il était constitué par un noyau dur du volume et de l'aspect de deux petits calculs isolés que j'avais retirés et d'une couche épaisse striée en rayon de phosphates.

Le troisième cas est plus simple. Aussi serai-je plus bref.

Il s'agit d'un malade qui avait été lithotritié il y a onze ans par un de nos collègues. Il était venu me voir il y a six ans et me demander mon avis sur des troubles vésicaux qu'il éprouvait de nouveau : il ne vidait pas bien sa vessie et avait été dans la nécessité de sonder après l'opération, ce qu'il n'était pas obligé de faire auparavant.

Je l'explorai et lui trouvai un gros calcul phospatique pour lequel je lui fis la lithotritie. Le précédent calcul aurait été, paraît-il, un calcul urique, un calcul rougeâtre et dur.

Ce calcul phosphatique récidiva deux fois ; les deux fois je fis la lithotritie, et le malade partait guéri.

En mai dernier, il revint ; je me mis en devoir de l'opérer de nouveau ; mais je m'aperçus bien vite que le calcul était fixé dans la vessie. J'essayai de le déloger en le faisant sauter avec le bec du lithotriteur : cela me fut impossible. Le bec de l'instrument rencontrait toujours le calcul dans le même point et ne faisait que frotter sur lui. Un instant il me sembla que je faisais sauter quelque chose ; mais ce n'était que l'extrémité du calcul qui dépassait que j'avais ainsi détachée.

En présence de cette situation, je dus proposer la taille, qui fut, je dois bien le dire, difficilement acceptée par la famille, qui ne supposait pas qu'un homme de 73 ans pût résister à une opération sanglante. Elle fut faite chez les frères de Saint-Jean-de-Dieu, avec le concours du Dr Grenier, le 12 avril dernier.

Ballon de Petersen, 250 grammes, 250 grammes d'eau boriquée dans la vessie. La vessie est rapidement découverte et incisée ; je trouve un petit calcul libre dans la cavité vésicale et un autre enfermé dans une cellule ; il avait le volume d'une petite cerise ; je puis le dégager avec l'ongle, le faire sortir et mettre ensuite dans la cellule qui le logeait l'extrémité de l'index et l'y faire mettre à mes aides. Cette cellule était située dans le bas-fond de la vessie, immediatement en arrière de la ligne interurétérale : c'était bien le point où j'avais trouvé le calcul avec l'instrument.

Je fis la suture de la vessie à points séparés ; j'injectai de l'eau boriquée pour m'assurer qu'elle était hermétique ; je fermai ensuite par une suture à étages, tout en laissant un drain dans la cavité de Retzius. Sonde à demeure.

La suture ne tint pas : il se forma une petite fistule qui guérit facilement. Les suites furent, du reste, absolument apyrétiques.

Je ne veux pas tirer de conclusions de faits qui, en somme, sont exceptionnels. Néanmoins il me sera permis de dire que les lésions que j'ai observées se rencontrent chez des hommes appartenant à la même catégorie, c'est-à-dire chez des prostatiques, chez des individus dont la vessie se vide mal ou ne se vide pas, dont la structure est modifiée, présentant des diverticules plus ou moins volumineux, des dépressions, des loges, des cellules, dont la muqueuse est altérée, tapissée souvent d'un mucus et de débris de cellules épithéliales qui sont le réceptacle de micro-organismes, vessies réalisant en un mot des conditions favorables à la reproduction rapide de la cystite et des concrétions phosphatiques qui en sont la conséquence. Bien plus, les vessies altérées de longue date offrent des difficultés très grandes même aux plus habiles opérateurs. Sous l'influence de la moindre excitation, elles entrent en contraction. Et encore si leurs contractions étaient régulières, si elles n'avaient pour résultat que de diminuer la capacité vésicale sans en changer la forme, le mal ne serait pas grand. On peut fructueusement manœuvrer dans une vessie petite mais régulière. Mais bien loin d'être régulières et totales, leurs contractions sont partielles et irrégulières, ainsi que Civiale l'avait depuis longtemps remarqué. Sous l'influence de ces contractions partielles et irrégulières des fragments de calcul sont enchatonnés et ne sont mis de nouveau en liberté qu'après un temps plus ou moins long; bientôt même la vessie fatiguée et irritée tout à la fois ne livre plus rien à l'opérateur qui est obligé de remettre à une autre séance la continuation de l'opération, et je connais ainsi des cas appartenant à des opérateurs très experts ou réputés tels, dans lesquels il a fallu cinq ou six séances avec chloroformisation avant d'avoir obtenu un résultat en apparence complet, et comme dans les cas auxquels je viens de faire allusion la récidive se montrait dans un laps de temps relativement court, six à huit mois, on peut se demander si cette récidive rapide n'était pas due à ce qu'on avait laissé dans la vessie des fragments qui avaient fait souche.

Assurément on peut dire qu'en pareille circonstance le mal n'est pas grand, que ces malades supportent en général facilement les séances opératoires, que les suites en sont très bénignes, que le soulagement est réel et en somme le bénéfice certain; mais on peut se demander s'il ne serait pas plus scientifique et, je pourrais dire plus moral (car la probité du chirurgien finit par être soupçonnée) d'apporter plus de certitude dans l'acte thérapeutique et

si, chez ce malade à récidive rapide, et dont la cure demande des séances nombreuses, il ne vaudrait pas mieux faire d'emblée la taille plutôt que des lithotrities répétées. On se rendrait mieux compte ainsi des conditions anatomiques de la vessie, on pourrait mieux désinfecter la vessie qu'on ne peut le faire par les lavages à travers la sonde les plus complets et les plus antiseptiques qu'on puisse imaginer. On peut encore ajouter que plus nous allons, moins la taille est une opération grave, surtout la taille hypogastrique, c'est du reste la seule qui soit de mise ici, car elle seule permet de bien voir et de bien se rendre compte de toutes les particularités d'une vessie.

Assurément par ce moyen-là, on n'empêchera pas les récidives de se produire; il restera toujours des malades pour lesquels l'antisepsie restera toujours lettre morte, qui continueront à éliminer des phosphates en trop grande quantité, et qui, par conséquent, referont des calculs; mais je reste persuadé que l'on pourra ainsi diminuer le nombre des récidives, et je reste encore persuadé que les faits analogues à ceux que je viens de citer au lieu d'être des faits exceptionnels, seront considérés sinon comme fréquents, du moins comme moins rares qu'on ne le supposait.

Si je prends ici le parti de la taille hypogastrique contre la lithotritie, c'est que je considère que chacune de ces opérations a ses indications. La lithotritie est l'opération de choix, et j'ai assez montré mes préférences pour elle en opérant par cette méthode un calcul de plus de 100 grammes, c'est-à-dire du volume d'un œuf de poule, et le malade repartait dix-huit jours après pour son pays, en opérant par la lithotritie et guérissant un malade porteur d'un calcul d'*oxalate de chaux* de 45 grammes que M. Guyon m'avait, avec raison du reste, je le reconnais, recommandé de tailler. Si donc je viens prendre ici la défense de la taille hypogastrique, c'est que je crois que la lithotritie a ses limites et l'une de ses limites est marquée par la rapidité de la récidive chez des prostatiques soigneux et la difficulté de les débarrasser de leurs concrétions.

Discussion.

M. MARCHAND. J'ai observé deux malades porteurs de calculs enchatonnés de la vessie et présentant de grandes difficultés de diagnostic. Le premier malade avait été gardé six mois dans mon service, sans qu'on sût ce qu'il avait; moi-même je l'examinai sous le chloroforme et je n'avais rien constaté. J'ai su que ce malade était entré chez M. Guyon qui constata la présence d'un calcul; celui-ci était situé dans une loge en avant de la vessie.

Chez un autre homme de 74 ans, ayant tous les symptômes de

la pierre, à un premier examen, je trouvai le calcul; à un autre examen, je ne le trouvai plus. Néanmoins je proposai la taille hypogastrique, pensant que la lithotritie serait trop difficile. En effet, je trouvai une véritable cellule dans laquelle étaient enchatonnés deux calculs derrière la prostate. J'eus une certaine peine à pénétrer dans cette cellule dont l'orifice était très rétréci et que je ne pus franchir qu'après l'avoir dilaté.

M. Auffret. La lecture de M. Basy éveille un souvenir qui me permet de rapprocher un cas qui m'est personnel de celui qui vient de vous être exposé. Il s'agissait d'un calcul qui était logé dans l'angle dièdre formé par la prostate volumineuse et la face antérieure de la vessie. On le sentait au seuil du col, mais par le fait il était impossible d'en définir et même d'en prévoir les dimensions.

Pendant une année ce calcul resta fixé sur ce point, car après ce laps de temps, je revis le porteur de cette pierre et les perquisitions me donnèrent les mêmes sensations.

Je pratiquai la taille prérectale, ne pouvant songer à la lithotritie chez un vieillard au canal rétréci ayant une prostate volumineuse. Je sortis, non sans peine un calcul très volumineux, urique, pesant 69 grammes, non enchatonné, mais qui était adhérent et suspendu par six points, dont le calcul garde encore les traces à la paroi antérieure de la vessie et dont la position dans un angle rentrant m'avait empêché de déterminer les dimentions. L'opéré est parfaitement guéri depuis vingt mois.

M. Bazy. Le cas de M. Auffret n'est pas un cas d'enchatonnement. M. Auffret a eu trop de facilité à le retirer par la taille prérectale et n'a pu vérifier les détails de la vessie, comme on peut le faire par la taille hypogastrique.

Communication.

Septicémies et septico-pyoémies consécutives à l'otite moyenne suppurée.

Par M. Chauvel.

Les infections septiques, dans le cours de l'otite moyenne suppurée, ne sont pas excessivement rares. Dans un travail d'ensemble sur les affections de l'oreille observées au Val-de-Grâce de 1880 à 1890, nous avons relevé sur 1137 otites moyennes purulentes : 1 méningite suppurée, 2 abcès du cerveau, 2 phlébites des sinus

et de la jugulaire interne, 5 septicémies ou septico-pyohémies. En ajoutant à ces faits : 2 érysipèles et 3 arthrites de nature probablement infectieuse, nous arrivons à un total de 16 infections septiques, soit plus de 1,3 0/0.

Nous avons été frappé des allures un peu spéciales que présentaient les septicémies simples ou compliquées et de la fréquence relative de leur guérison. Il nous a paru intéressant de faire connaître ces faits.

Obs. I. — *Otite moyenne suppurée gauche. Septicémie aiguë. Mort.*

X..., soldat, 31e de ligne, entré au Val-de-Grâce le 2 mars 1888, pour otite purulente gauche avec fièvre. L'écoulement, séro-purulent, très abondant, date de cinq jours seulement. Il y a peu de douleurs, mais l'aspect est mauvais, rappelle la fièvre typhoïde grave; la température est à 39°,8. Injections antiseptiques, badigeonnages iodés, sulfate de quinine, potion de Todd. etc.

3 *mars*. Le bras droit est plus lourd, un peu paralysé peut-être; l'épaule droite douloureuse, très sensible, mais sans gonflement ni rougeur. Aucun affaiblissement de la jambe droite; la sensibilité est intacte. Six sangsues sont appliquées sous l'apophyse mastoïde gauche, l'une après l'autre; lavement purgatif, quinine, Todd. Battements du cœur précipités, rate gonflée; la respiration se fait bien. T. 39°,5 le matin, 40°,5 le soir.

Je discute l'opportunité de la trépanation mastoïdienne, de l'ouverture du crâne pour aller à la recherche d'une suppuration possible; l'absence de douleurs et de gonflement au niveau de l'apophyse mastoïde, la persistance et l'abondance de l'écoulement par le conduit auditif, la prédominance des phénomènes généraux et l'intensité de la fièvre, me font reculer devant une intervention dont les indications me semblent par trop contestables.

5 *mars*. Pas de paralysie du bras droit; T. 39°,2 le matin, 40°,5 le soir; l'état typhoïde s'accentue. Divagations, sueurs profuses, ventre ballonné, battements du cœur précipités et irréguliers, congestion pulmonaire intense, incontinence des matières. L'urine contient un peu d'albumine. Aucun gonflement de la région mastoïdienne ni du cou, bien que l'écoulement de pus par le méat externe ait cessé depuis la veille au soir; pas d'éruption septicémique. Ventouses sèches, alcool, caféine en injections.

7 *mars*. L'état s'aggrave progressivement, la respiration s'embarrasse, les poumons s'engorgent, la fièvre persiste, et, sans autre phénomène local, la mort arrive le 9 mars au matin.

Autopsie. — Réplétion très prononcée du système veineux intracranien; coagulum fibrineux dans le sinus latéral gauche; les méninges et le cerveau paraissent absolument sains. Foyer pneumonique dans le lobe inférieur gauche. Dans la caisse tympanique il existe uu pus épaissi, en quantité notable; les cellules mastoïdiennes n'en renferment pas. Les articulations n'ont pu être ouvertes.

Obs. II. — *Otite moyenne purulente droite. Septico-pyohémie. Abcès multiples. Mort.*

S..., 22 ans, 102e de ligne, entre au Val-de-Grâce le 3 mai 1888. Otites suppurées dans l'enfance, l'oreille droite a recommencé à couler le 26 avril, l'audition est très faible. L'examen montre : à droite, une otite purulente avec large perforation du tympan ; à gauche, une otite chronique avec plaques calcaires en avant et en arrière du marteau. Traitement par les révulsifs, les injections antiseptiques, les insufflations iodées.

13 *mai*. Écoulement plus abondant, séro-purulent. Le soir, fièvre, vomissements bilieux, épistaxis répétés, pas de gonflement mastoïdien. Glace, limonade, quinine. On insiste sur les lavages antiseptiques.

16 *mai*. La température oscille de 39°3 le matin à 40°2 le soir. Respiration lente, hésitante ; pouls à 90-95, plein, très régulier. Céphalée générale, insomnie, agitation, épistaxis fréquents. Vomissements bilieux et alimentaires. Douleurs légères dans la fosse iliaque droite et l'articulation acromio-claviculaire gauche, sans gonflement ni rougeur. Sangsues sous les apophyses mastoïdes, lavement purgatif, glace, antipyrine. Le malade a dans la matinée un frisson assez violent.

18 *mai*. Notre collègue Vaillard, qui a bien voulu examiner notre malade, hésite dans le diagnostic, mais croit probable une infection septique. T. de 39°,5 à 40°,5. Douleurs persistantes dans l'épaule gauche et la fosse iliaque droite sans gonflement ni rougeur, sensibilité à la partie interne de la cuisse ; quelques râles dans les deux poumons ; l'oreille ne coule presque plus. On continue les toniques et les antiseptiques.

21 *mai*. T. de 39°,8 à 40°,4. Vomit moins et mange un peu. L'oreille coule de nouveau, mais peu abondamment. Je pense à une endo-phlébite de la saphène interne et de la veine iliaque droites, bien qu'il n'y ait ni gonflement, ni rougeur ; la cuisse se fléchit légèrement. Antipyrine, alcool, café, quinquina.

25 *mai*. La fièvre persiste, mais avec oscillations de 39° à 40°,6. Pouls de 100 à 110 ; 40 respirations par minute, un peu d'albumine dans les urines. Les souffrances sont vives à la partie supéro-interne de la cuisse droite, ainsi qu'au-dessus de l'épaule gauche, mais sans changement d'aspect.

28 *mai*. Une ponction à la partie supérieure externe de la cuisse droite où se montre un léger œdème, donne du pus. Immédiatement j'incise largement, couche par couche, et arrivé sur le fémur, j'ouvre un foyer sous-périostique d'où s'écoule un pus huileux, non fétide. Lavages phéniqués, drain. T. oscille de 39° à 40°,3.

1er *juin*. Après une légère détente la fièvre est revenue avec quelques frissons. Le pouls reste à 100-115, la respiration à 40, les poumons sont fortement engoués. L'abondance de la suppuration et la

sensibilité vers l'ischion me font penser à un foyer profond ; au reste la cuisse depuis hier se remet en flexion.

5 *juin*. Subdélire même le jour, agitation vive, urines hémaphéiques. T. de 38° à 39°,6. Ouverture au-dessous du sein droit d'un abcès volumineux qui s'est formé sans douleurs ni rougeurs; le pus en est verdâtre, grumeleux, non fétide. La cuisse droite se fléchit de plus en plus, de forts craquements montrent que la hanche est prise. Cependant je rejette l'idée d'une résection en raison de l'état de consomption où se trouve le malade.

9 *juin*. Ouverture d'un vaste foyer à la fesse droite au point où s'exerce la pression du lit; il s'en échappe une énorme quantité de pus grisâtre. Lavages antiseptiques, drain. T. de 38 à 40° ; pouls précipité, très petit; engouement pulmonaire.

15 *juin*. Un nouvel abcès s'est formé au bras gauche. Les deux oreilles coulent abondamment.

24 *juin*. J'ouvre à l'avant-bras, le 20 juin, un foyer qui s'y est développé avec douleur et rougeur de la peau; il renferme très peu de pus et siège dans l'épasseur des muscles. Le 23, j'en fais autant de la cuisse droite, à dix centimètres au-dessous de l'arcade crurale. Ici le pus est épais, grumeleux, abondant; il s'est collecté sans inflammation dans le tissu sous-cutané. A la hanche gauche apparaît sur le point d'appui un gonflement diffus, douloureux, avec fluctuation profonde. J'attends pour intervenir, car les ouvertures des abcès restent béantes et sans tendance à la cicatrisation.

Des escarres se forment; les boissons sont seules supportées; la fièvre ne descend pas au-dessous de 38° le matin, 39°,2 le soir. Cependant le ventre reste souple, le foie et la rate paraissent sains, les poumons fonctionnent encore d'une façon satisfaisante.

3 *juillet*. Un érythème septicémique d'une couleur violacée, sans limites nettes, sans bourrelet périphérique, s'est montré sur la face et autour des plaies. La fièvre est moins vive : T. 37°,5 à 38°, le matin, 38°, à 39° le soir. Les abcès ouverts ne donnent qu'à peine et cependant leurs parois ne tendent aucunement à se réunir.

A la hanche droite la suppuration est toujours abondante, mais la cuisse se meut plus facilement.

9 *juillet*. Après anesthésie j'agrandis la plaie de la cuisse droite autour de laquelle existe un décollement très étendu. A la fesse droite je fais une contre-ouverture pour faciliter l'issue du pus, et j'arrive jusque sur l'os iliaque dont le périoste semble intact. Il n'est pas possible, même sous le chloroforme, d'obtenir le redressement complet de la cuisse. De violents craquements articulaires se produisent, et le membre reprend, à mesure que cesse le sommeil, sa position vicieuse.

14 *juillet*. L'intervention est suivie d'une poussée fébrile qui dure deux jours, puis la température baisse. Les plaies du thorax et de la fesse sont fermées, celle de l'avant-bras se sèche, le gonflement du trochanter gauche a disparu. N'était la suppuration persistante de la hanche droite, l'état paraîtrait moins désespéré.

31 *juillet*. L'amélioration n'a pas duré. La fièvre est revenue à 39°

et 40°; le pus s'écoule difficilement. L'appétit a disparu. Il y a de la diarrhée et des vomissements et les poumons se congestionnent de nouveau.

Je soupçonnais une coxalgie avec perforation du cotyle et bien des fois je discutai les chances d'une résection de la tête fémorale. L'autopsie pratiquée dans les premiers jours d'août par mon collègue Nimier qui avait pris, en mon absence, la direction du service, montra qu'il y avait en effet: arthrite coxo-fémorale suppurée avec perforation du cotyle et fusées purulentes dans la cavité pelvienne. Les poumons étaient fortement congestionnés, mais sans abcès métastatiques ; le cerveau et les méninges étaient absolument sans lésions.

Mes notes mentionnent que du pus de l'abcès de l'avant-bras avait été remis à M. Vaillard et que mon collègue avait aussi pris du sang de S... pour en pratiquer l'examen; mais je n'ai rien su des résultats de ses recherches restées peut-être négatives.

Il me paraît regrettable que la résection de la tête fémorale n'ait pas été pratiquée. En donnant au pus une issue large et facile, elle eût permis la détersion du foyer et prévenu peut-être la perforation de l'iliaque et des fusées intra-pelviennes. Avec la guérison de ce foyer auraient pris fin sans doute les accidents infectieux. Je regrette vivement l'excès de prudence qui m'a conduit à m'abstenir de cette intervention.

Obs. III. — *Otite moyenne purulente droite. Septico-pyohémie. Guérison.*

D..., 32 ans, employé de commerce, territorial, se présente au Val-de-Grâce, le 22 avril 1890, demandant à être réformé pour otite suppurée à droite. Cette otite aurait débuté en septembre 1889. Elle s'est compliquée: 1° d'une ostéite mastoïdienne ayant nécessité une trépanation dont témoigne une cicatrice adhérente ; la région est encore légèrement douloureuse; 2° d'une septico-pyohémie avec phlébite des veines profondes de la jambe droite et des deux bras, suppuration de la bourse sous-deltoïdienne gauche avec périarthrite, d'où atrophie du deltoïde et raideur articulaire. Des abcès ont dû être ouverts à l'épaule en décembre 1889 et janvier 1890.

Ce malade a été soigné par notre distingué confrère le Dr Chatellier, au certificat duquel nous empruntons une grande partie des détails morbides. Il est, au moment de notre examen, assez bien remis de cette atteinte et ne conserve plus qu'un degré prononcé de surdité, suite de son otite qui suppure encore légèrement.

Obs. IV. — *Otite moyenne suppurée gauche. Septico-pyohémie. Guérison.*

B..., 22 ans, 129e de ligne, entre au Val-de-Grâce, le 25 mars 1888, pour otite purulente gauche avec perforation. Il avait eu, en décembre 1887, une suppuration de l'oreille droite, rapidement guérie. Le 21 mars, douleurs de l'oreille gauche, écoulement profus de sérosité

sanguinolente. Dès le 28 mars, des phénomènes généraux : fièvre, anorexie, douleurs vagues font craindre une complication. L'écoulement purulent s'est complètement arrêté ; la température atteint 40° le soir et ne descend pas au-dessous de 38° le matin ; il existe de la douleur et un gonflement léger derrière et le long du sterno-mastoïdien gauche.

Apparaît le 28 mars une large plaque rouge au coude gauche avec empâtement des tissus, des douleurs se font sentir dans tous les membres. T. du matin 39°,8 du soir 40°,2. Le 30, rougeur vive du dos du pied droit, derrière les orteils moyens, gonflement œdémateux qui va jusqu'au cou-de-pied. T. 38°,4 le matin, 40°,4 le soir. Enveloppement et pulvérisations phéniquées ; alcool, quinine.

Les jours suivants, la douleur du cou disparaît, ainsi que le gonflement derrière le sterno-mastoïdien ; il en est de même au coude, mais au pied du pus semble se collecter. A la fesse droite, dans sa moitié supérieure, tuméfaction douloureuse ; pneumonie droite. T. 38°,4 le matin, 40° le soir.

4 *avril*. J'ouvre l'abcès du pied, le pus en est abondant et bien lié. Une collection purulente se forme à la mâchoire supérieure gauche, sous la gencive, elle s'ouvre spontanément le 6. Le coude gauche est guéri, la fesse est un peu moins gonflée, les deux poumons sont envahis par des noyaux multiples d'hépatisation avec pleurésie sans épanchement (Vaillard), la rate est gonflée et sensible à la pression. Aux toniques on joint quelques révulsions sur la poitrine.

Examen des urines par le professeur agrégé Gessard.—Elles donnent par litre :

	gr
Urée	18,00
Acide urique....................	0,495
Acide phosphorique............	0,576
Albumine............. moins de	0,50
Bactéries dans le dépôt.	

12 *avril*. Le pied est presque guéri, mais on perçoit des craquements articulaires dans les mouvements des orteils. A la fesse le gonflement diminue lentement. Alors que le poumon droit est en partie dégagé, le gauche est splénisé dans ses 3/4 inférieurs. La température reste à 38°-39°,6 ; le malade maigrit et se cachectise.

22 *avril*. Une ponction faite dans le côté gauche de la poitrine donne seulement quelques gouttes de pus, les signes stéthoscopiques indiquent une amélioration. Au pied, tout est fini, la fièvre aussi diminue peu à peu et l'état général est meilleur.

5 *mai*. Depuis quelques jours, la réaction fébrile est plus marquée et le thermomètre donne 39° le soir. Du côté du poumon gauche, les phénomènes varient d'un jour à l'autre et notre collègue Vaillard pense que si une pleurésie purulente existe, le pus est enkysté en petite quantité et la collection entourée d'une lame de poumon sain. Il s'est formé une légère périostite à la face externe de la septième côte gauche.

Examen des urines. — Composition par litre (Dr Gessard) :

Urée	25gr,14
Acide urique	0,55
Acide phosphorique	2,304
Pas de bactéries dans le dépôt.	

12 *mai.* La fièvre a cessé. La périostite de la septième côte gauche a disparu sans suppuration; le souffle pulmonaire est moins étendu, moins aigre. B... se lève, marche, engraisse, il quittte l'hôpital le 24 mai. En raison de sa surdité il est réformé n° 2.

Obs. V. — *Otite moyenne suppurée gauche. Septico-pyohémie. Abcès multiples. Guérison.*

G..., 104e de ligne, entre le 7 février 1890 au Val-de-Grâce pour une otite purulente gauche récidivée. On constate un léger gonflement de la région mastoïdienne, s'accompagnant de douleurs et de fièvre, mais sans œdème et sans phénomènes cérébraux (sulfate de quinine, antipyrine, antiphlogistiques locaux).

Pendant plusieurs jours je me tiens prêt à faire l'incision de Wilde, mais le gonflement mastoïdien diminue en même temps que les souffrances et s'efface bientôt pendant que s'accroît l'écoulement par le conduit auditif. Toutefois, la température se maintient à 38° le matin, 40° le soir, l'anorexie est complète, les sueurs fréquentes et profuses.

Le 22 février, le thermomètre marque 41°,2 le soir ; G... se plaint de douleurs dans l'aine gauche et dans le mollet du même côté. Pensant à une phlébite septique, j'insiste sur les toniques et les excitants diffusibles. A la cuisse le gonflement augmente les jours suivants, il se porte plus en dehors vers la fascia lata. La sensibilité est vive, il y a un peu de tension des parties, mais ni œdème ni fluctuation.

1er *mars.* La température vespérale atteint 41°,4; le lendemain matin elle est à 38°,2. G... s'affaiblit peu à peu, sans que l'examen décèle aucune lésion du cœur ni des poumons. Des ponctions exploratrices faites dans la partie gonflée de la cuisse gauche ne donnent pas de pus. Sur le trajet des vaisseaux fémoraux, la veine obturée par des caillots forme une corde dure et douloureuse. Au mollet l'état est le même, mais sur le dos du pied gauche, en arrière des orteils, s'est formée une plaque rouge, légèrement œdématiée ; le gonflement s'étend jusqu'à la face plantaire.

Incision le 5 mars, issue de pus abondant, bien lié ; compresses phéniquées. L'urine contient 1 gr. 50 d'albumine par litre. Le pus de l'oreille donne par culture un organisme de coloration verdâtre. M. Vincent trouve dans le sang de G... comme dans le pus de l'abcès le streptococcus.

10 *mars.* Fièvre un peu moindre (38 à 40°). Le gonflement de l'aine se dissipe lentement. Un abcès, mélange de pus et de sang, qui est arrivé sous la peau insensiblement, est ouvert au mollet gauche. Deux ponctions faites, l'une en avant du cou-de-pied, l'autre derrière la

malléole interne où existent de la rougeur et de l'empâtement, ne donnent pas de pus. Le liquide extrait de l'abcès du mollet ne montre à M. Vincent aucun microbe.

1er *avril.* La cuisse gauche tendant à se fléchir sur le ventre nous la redressons et appliquons un bandage plâtré ; les plaintes de G... nous forcent à l'enlever après quelques jours. Sous l'action du décubitus des escarres se sont formées au sacrum et sous le trochanter droit ; nous faisons lever le malade 2 à 3 heures par jour.

14 *avril.* La fièvre persiste (38 à 40°). Du pus s'est collecté sous la fesse gauche. La jambe gauche est très œdématiée ; il y a endophlébite de la crurale et probablement de ses gros affluents. On continue le sulfate de quinine et l'alcool en potion de Todd. Le sang ne contient plus les microbes de la suppuration.

28 *avril.* Un peu d'amélioration. G... se lève 3 à 4 heures par jour, il mange ; les plaies se ferment peu à peu.

5 *mai.* La fièvre s'élève de nouveau. Notre collègue Nimier, qui a pris le service, la combat par l'antipyrine et continue les toniques.

Juin. Au commencement de juin il se fait une nouvelle poussée d'otite suppurée, et l'on ouvre une dernière collection dans la région trochantérienne, sous le fascia lata.

A partir de ce moment le mieux s'accentue. Le malade reste debout une partie du jour, on le descend au jardin, ses plaies se cicatrisent. Bientôt il peut marcher seul et il sort de l'hôpital le 15 septembre, par réforme n° 2, ne conservant qu'une déviation prononcée du bassin qui entraîne un raccourcissement apparent de la jambe gauche et une claudication notable.

Remarques.— Ainsi, sur 5 cas de septicémie ou septico-pyohémie survenues dans le cours d'otites purulentes, nous comptons 2 décès et 3 guérisons. Encore, si nous considérons qu'une intervention chirurgicale eût peut-être, chez notre second malade, donné quelques chances de succès, il ne reste plus qu'un seul cas où la rapidité, l'acuité des accidents, ne permettait aucun espoir.

Chez ce malade il s'agissait bien d'une infection septique, comme l'attestent les douleurs de l'épaule et le foyer pneumonique constaté à l'autopsie. Si l'examen des articulations n'avait pas été empêché, il est probable qu'on eût trouvé dans quelqu'une d'elles une collection purulente. Mais la réplétion du système veineux intracranien et l'endo-phlébite du sinus latéral gauche, les phénomènes de parésie un instant constatés dans le bras droit, montrent que la septicémie était ici compliquée de troubles de la circulation cérébrale qui expliquent la rapidité de la terminaison funeste.

Dans les quatre derniers cas, la marche de la maladie a été plus lente, et, l'empoisonnement général ayant été insuffisant pour entraîner la mort, des accidents locaux, des suppurations multiples,

ont eu le temps de se produire. Il est certainement regrcttable que les examens bactériologiques n'aient pas été pratiqués dans tous les cas. Mais les observations de MM. Vaillard et Vincent, dont on connaît la compétence, prouvent qu'à certains moments le sang peut contenir des staphylocoques et des streptocoques. Plus tard ces organismes disparaissent du liquide sanguin et même du pus des abcès. M. Gessard note également la présence de bactéries dans les urines et leur disparition au bout de quelques jours.

La longue durée des accidents qui se sont, chez tous nos patients, prolongés pendant des mois, semble indiquer que l'élimination du poison septique ne se fait qu'avec une grande lenteur D'un autre côté, les abcès, souvent volumineux, entraînent localement des désordres dont la réparation est des plus difficiles. Notre second malade a succombé à une suppuration du bassin résultant de la perforation du cotyle au cours d'une coxalgie septicémique. Dans notre quatrième et notre cinquième observation, il s'en est fallu de peu que les patients ne soient épuisés par la persistance et l'abondance des suppurations locales.

La théorie des abcès de fixation, soutenue par le professeur Fochier (de Lyon), qui voit dans ces collections purulentes locales le meilleur dérivatif de l'infection septique, ne nous semble pas trouver appui dans nos observations. S'il est vrai que les malades présentant ces foyers de suppuration n'ont pas succombé à l'intoxication générale de l'économie, nous avons vu la formation de ces abcès s'accompagner toujours d'un redoublement de la fièvre et leur ouverture être suivie d'une détente. Ceux qui ont eu les phlegmons les plus étendus n'ont pas guéri plus vite ; tout au contraire les inflammations locales nous ont paru réagir d'une façon pernicieuse sur l'état général.

Si l'on veut bien remarquer que ces accidents septiques sont survenus dans le cours d'otites anciennes, presque toujours alors que la suppuration de la caisse était combattue par des lavages, des injections antiseptiques, on en conclura, je pense, que nous ne pouvons guère espérer en prévenir toujours le développement. Obtenir la désinfection de la caisse du tympan et de ses annexes est un problème des plus difficiles en raison des conditions anatomiques. Mais, si graves, si fatalement mortels, que paraissent ces phénomènes dès leur début, nos observations prouvent au moins qu'il ne faut désespérer. En luttant avec constance par les toniques et les excitants diffusibles contre l'intoxication septique, en intervenant en temps opportun contre les suppurations locales, on peut sauver des existences très compromises. Telle est la conclusion pratique de ces quelques faits.

Discussion.

M. Reclus. Je puis apporter une observation comparable à celles de M. Chauvel. Chez une malade atteinte de fièvre typhoïde anormale, on me fit remarquer qu'il y avait eu une otite moyenne qui s'était réveillée sous l'influence de la fièvre typhoïde. Cette malade se plaignait de douleurs à l'épaule, et je constatai une collection péri-articulaire. A partir de ce moment, il se développa une série d'abcès au pourtour des articulations ; un seul eut peut-être son siège dans l'articulation même, au coude. Tous ces abcès guérirent lentement après des décollements et la formation de trajets fistuleux. Le pus avait l'aspect tout à fait huileux, à tel point que M. Féréol, médecin ordinaire de la malade, pensa même qu'il y avait peut-être un rappel de syphilis, une véritable éruption gommeuse. En somme, il y eut une série d'abcès tellement graves que la malade faillit succomber et ne put se rétablir qu'au bout de plusieurs mois.

M. Reygnier. J'ai vu ces mêmes accidents à la suite d'otite. M. Chauvel a observé deux variétés de complications ; des accidents à distance et des accidents locaux, phlébite du sinus ou abcès cérébraux. Les accidents à distance sont rares. On a observé dans ces dernières années des otites d'angine grippale qui étaient déjà des accidents de septicémie, l'otite n'étant qu'une manifestation de l'infection générale. J'ai vu dans ces cas une suppuration du genou et de l'articulation tibio-tarsienne pour laquelle j'ai dû faire l'arthrectomie.

Dans ce cas il me paraît bon de trépaner l'apophyse mastoïde de très bonne heure, précocement. Il m'a semblé qu'on pouvait ainsi améliorer la lésion de l'oreille moyenne; en outre, l'audition semble revenir plus vite et plus complètement qu'après la simple perforation du tympan. Un malade, trépané d'un côté, m'a demandé de lui pratiquer la trépanation de l'autre côté.

Je crois donc que dans ces cas, surtout dans cette forme septicémique, on doit préconiser la trépanation rapide.

M. Quénu. J'ai vu comme M. Reygnier des suppurations à distance dans un cas d'otite grippale et je crois qu'elles ont été, comme l'otite, la manifestation d'une septicémie. Les auristes ont remarqué que ces otites grippales se propageaient rapidement à la mastoïde et qu'il était bon de trépaner cette apophyse. Néanmoins, il n'y a lieu d'intervenir que si on constate un signe de ce côté.

M. Chauvel. Sur mes cinq malades, il n'y en a qu'un seul chez

lequel on ait pu penser à la grippe. Chez la plupart, du reste, l'otite était la récidive d'une ancienne otite de l'enfance ou de l'adolescence.

J'ai pratiqué la trépanation quand il y avait des symptômes locaux. Chez un malade qui ne présentait pas de signes, j'aurais pu y penser, mais il était dans le coma et dans un état tout à fait grave. Tous ces malades avaient des septicémies anciennes et ne présentaient rien du côté de la mastoïde ; il n'y avait non plus aucun phénomène de paralysie ni d'abcès cérébral.

Pendant la grippe, nous avons observé un grand nombre d'otites suppurées et nous n'avons vu qu'un seul cas où il y ait eu complication d'accidents généraux.

Présentations de malades.

I. — *Variété de perforation du crâne par projectile.*

M. Delorme. Il présente à la Société un blessé qui, en mars 1890, dans une tentative de suicide, se tira contre la tête deux balles de revolver de 8 millimètres. L'un de ces projectiles produisit à la partie antéro et supérieure du pariétal gauche une variété de fracture rare, signalée autrefois par Desport, Bagieu, Larrey, Percy. Considérée comme une fêlure ou une fracture des deux tables et qui mériterait plutôt d'être regardée comme une variété de perforation compliquée par la présence de la balle.

En contusionnant et en déprimant le crâne au point frappé, la balle produisit une fêlure des deux tables à bords écartés. Aplati, laminé par son contact oblique, le projectile de plomb mou s'engagea à travers les lèvres de la fêlure et glissa entre la dure-mère intacte et la table interne du crâne, une toute petite partie de la balle resta seule fixée entre les bords refermés de la plaie osseuse. Au contact de l'os, un fragment peu étendu et libre du projectile perfora le cuir chevelu, près de l'orifice d'entrée, et d'autres fragments minuscules pénétrèrent la dure-mère.

A partir de l'accident, ce blessé éprouva des douleurs locales intermittentes assez vives, surtout pendant le travail, sans contractures. Il pria d'intervenir. L'application, au niveau de la lésion cranienne, d'une couronne de trépan, dont l'ouverture fut agrandie par la pince coupante, permit d'extraire facilement le projectile, quelques fragments déprimés de la table interne, huit minuscules fragments de plomb implantés dans la dure-mère dont ils ne dépassaient pas les limites. Les douleurs cessèrent après l'opération et n'ont pas reparu depuis.

Le trépan a été appliqué il y a plus de deux ans. Actuellement, on constate que la brèche osseuse, qui mesurait trois centimètres de large sur cinq de haut, est comblée par un tissu de résistance osseuse, déprimé, et qu'en aucun point l'application du doigt ne permet de constater le moindre soulèvement.

II. — *Double amputation médiotarsienne par deux procédés différents sur le même sujet.*

M. Berger. Le malade qui est le sujet de cette communication a déjà été présenté à la Société de Chirurgie, lorsqu'il y a trois ans environ je lui eus fait subir sur le pied gauche la première de ces amputations pour un mal perforant (séance du 31 juillet 1889).

Il me fallut depuis lors pratiquer sur l'autre pied la désarticulation du premier métatarsien, et, quelque temps après, l'affection ayant récidivé et les articulations ainsi que le squelette de l'avant-pied se trouvant gravement compromis, je dus me résoudre à recourir, également de ce côté, à l'amputation de Chopart.

Il n'y a pas plus de quinze jours que cette opération a été pratiquée, et déjà vous pouvez voir le malade marcher aisément sur ses deux moignons. D'un côté comme de l'autre, l'articulation tibio-tarsienne est restée parfaitement mobile, le pied repose sur le sol par la face plantaire, bien garnie de parties molles ; du côté où la première amputation a été faite, le résultat s'est maintenu sans aucun retour de la maladie qui l'avait motivée.

Voici maintenant ce que ce cas présente de particulièrement intéressant : Je vous ai dit que les lésions des parties molles de la région plantaire m'avaient contraint, du côté gauche, à recourir à un procédé que personne n'avait jusqu'alors décrit ni employé pour cette amputation : à la *méthode en raquette*. Du côté opposé, où les conditions n'étaient pas les mêmes, j'ai employé le procédé classique, à lambeau plantaire. Comparant les deux résultats obtenus sur le même sujet, vous pouvez constater que l'amputation à lambeau plantaire donne une apparence plus élégante et une configuration plus régulière au membre amputé, l'un et l'autre moignon néanmoins sont également bien pourvus de parties molles à leur extrémité, que dans l'un comme dans l'autre la cicatrice est indépendante du squelette dorsal et bien rembourrée, et que le résultat fonctionnel ne laisse rien de plus à désirer d'un côté que de l'autre.

Je conclus donc de ce fait : 1° que l'amputation médio-tarsienne donne, au point de vue de la marche et de la station, d'excellents résultats quand on peut obtenir la réunion par première intention ; 2° que la méthode en raquette n'est point inférieure au procédé

classique à grand lambeau plantaire par son résultat fonctionnel, et qu'elle mérite d'être conservée pour les cas très nombreux où les lésions des parties molles de la région plantaire ne permettent pas d'avoir recours à ce dernier.

III. — *Extirpation d'un énorme kyste branchial du cou chez un jeune homme.*

M. Berger. Ce jeune homme a toujours connu la tumeur dont il est venu nous demander de le débarrasser ; elle a graduellement augmenté de volume, depuis sa première enfance jusqu'à l'âge de 19 ans qu'il vient d'atteindre. Au début elle occupait la région de l'angle de la mâchoire ; à mesure que son développement s'est accentué, elle a gagné de haut en bas jusqu'à acquérir le volume qu'elle présente sur cette photographie. Au moment où le malade est entré à l'hôpital, la tumeur s'étendait de l'apophyse mastoïde à l'articulation sterno-claviculaire droite. Elle avait la forme d'une besace, elle était nettement fluctuante, mais très peu tendue. Le sterno-cléido-mastoïdien la divisait, dans les contractions du cou en deux saillies, l'une antérieure occupant la région antérieure du cou, l'autre postérieure, allant de l'apophyse mastoïde au triangle sus-claviculaire. La peau était partout mobile, mais on ne pouvait rien presumer des connexions profondes de la tumeur.

Il y a trois semaines, avec l'assistance de M. le Dr Poirier, j'ai procédé à l'extirpation de ce kyste. Une incision suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien dans toute sa longueur m'a permis de découvrir la face superficielle de la tumeur ; la dissection de cette face a été la partie la plus longue et la plus difficile de l'opération; pendant que je la pratiquais, le kyste a été ouvert en plusieurs points et il s'en est écoulé une sérosité colorée en jaune et très liquide. La difficulté de cette dissection tenait à l'adhérence de la face interne de la poche au sterno-mastoïdien et à l'aponévrose, et à la disposition bilobée de la poche dont la partie postérieure était séparée de l'antérieure par la dépression profonde constituée par ce muscle à la surface de la tumeur, et par conséquent très difficilement accessible par l'incision antérieure que j'avais faite.

La dissection profonde fut au contraire très aisée, quoique le kyste fût adhérent à la gaine de la veine jugulaire interne et au nerf pneumogastrique qui se trouvèrent à nu après son ablation : ces adhérences étaient lâches et cédèrent à la pression du doigt. Détachant ainsi le kyste de bas en haut, j'arrivai au niveau de l'apophyse styloïde, très profondément, en un point où il ne tenait plus qu'à un cordon fibreux très grêle, que je pus couper sans qu'il y eut d'écoulement sanguin.

Dans le but de tenter la réunion complète par première intention sans drainage, il se fit quelqu'accumulation de sang dans l'énorme cavité creusée par l'opération; les premiers jours se passèrent sans fièvre, puis il survint de l'élévation do la température, ct il fallut détruire la réunion sur deux points pour donner issue aux liquides.

La guérison se fit sans accidents à partir de ce moment, et je vous présente aujourd'hui l'opéré débarrassé de sa tumeur et ne présentant aucune gêne des mouvements du cou.

L'examen de la paroi kystique a été fait par M. Cornil, qui l'a trouvée constituée par de nombreuses couches de tissu fibreux, dense, présentant dans leurs intervalles des cellules aplaties du tissu conjonctif. Des cellules analogues à celles-ci formaient un revêtement à la surface interne de la paroi kystique; ce revêtement n'était pas partout continu.

Ces constatations anatomiques, de même que celles qui ont été faites au cours de l'opération, le siège do la tumeur, son mode d'origine et son développement, permettent d'établir avec certitude que la tumeur en question est un kyste congénital d'origine branchiale.

IV. — M. Berger présente un malade atteint d'un kyste de la face, d'origine branchiale; un deuxième malade ayant subi une amputation bilatérale de Chopart.

Présentation de pièces.

1° *Kyste dermoïde du plancher de la bouche.*

M. Monod présente un kyste dermoïde du plancher de la bouche enlevé par la voie sus-hyoïdienne chez un jeune homme do 20 ans.

La tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, faisait sous la langue une forte saillie exactement située sur la ligne médiane. Au cou, elle ne formait qu'un léger relief qui augmentait notablement lorsqu'on déprimait avec le doigt le plancher de la bouche. Une incision courte, antéro-postérieure, médiane, dans la région sus-hyoïdienne, conduit rapidement sur la tumeur; lo doigt la dégage sur toute sa circonférence et l'amène sans peine dans la plaie. Une seule petite adhérence se dirigeant vers les apophyses géni dut être coupée aux ciseaux.

M. Monod qui, l'an dernier, a rapporté à la Société une observation de tumeur semblable, mais située sous la partie latérale gauche do la langue, où il a fait l'extirpation par la voie buccale,

ajoute qu'il a été frappé de la simplicité opératoire dans le cas présent. Il a préféré cette fois suivre la voie sus-hyoïdienne : 1° parce que la tumeur était franchement médiane ; 2° parce que le malade était un homme chez lequel la petite cicatrice pouvait être facilement cachée.

2° Sarcome à petites cellules du corps d'Highmore et de l'épididyme gauche.

M. Bazy présente le testicule qu'il a enlevé il y a huit jours à un malade âgé de 48 ans. Le malade avait eu autrefois, il y a 25 ans, une épididymite blennorrhagique de ce côté. Son testicule était resté toujours gros depuis ce moment. Il y a deux mois, à la suite d'un coup sur l'organe, son testicule augmenta de volume assez rapidement. Son médecin, en raison de quelques antécédents vagues, donna un traitement antisyphilitique. Je vois ensuite le malade et je trouve son testicule gros comme un œuf de dinde, piriforme, de consistance ferme, sauf sur une surface de l'étendue d'une pièce de 2 francs ; ici il existe un peu de mollesse et de fluctuation. Le cordon est empâté, pas d'engorgement ganglionnaire dans l'abdomen.

Ablation, réunion par première intention sans drain. A la coupe de la tumeur, on constate que le testicule est sain dans la plus grande partie de son étendue. Le corps d'Highmore est transformé et la néoformation a envahi l'épididyme, qui mesure près de 8 centimètres de longueur et 3 centimètres d'épaisseur. L'examen, fait au laboratoire de la Charité par M. Cazin, a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules.

Scrutin.

Élection de la commission pour l'examen des titres des candidats aux places de membres correspondants nationaux.

Sont élus :

MM. Nélaton	21	voix.
Reclus	21	—
Delens	20	—
Jalaguier	19	—

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 6 juillet 1892.

Présidence de M. CHAUVEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. TUFFIER, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° *Proceedings of the Royal Society of New South Wales*, t. XXV, 1891. Sydney et Londres, 1892 ;

4° *Report of the State Board of Health of Pennsylvania*, 1888, 1889 et 1890 ;

5° *Transactions of the American orthopedic Association*, 5e session, t. IV. Philadelphie, 1891.

Communication.

Acné rosacé du nez ; traitement par la décortication ; guérison, par M. le Dr DELYE, d'Ypres (Belgique).

(Commission : MM. Nicaise, Berger ; rapporteur, M. Félizet.)

Rapport.

Phlegmon sus-hyoïdien ; migration du pus dans le médiastin ; trépanation du sternum ; guérison, par M. le Dr LINON, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles.

Rapport par M. CH. NÉLATON.

Ainsi que vous allez le voir par le court résumé que je me propose de vous présenter, le but de M. Linon est de vous montrer

les heureux résultats qu'il a tirés de la trépanation du sternum dirigée contre des fusées purulentes pénétrant le médiastin antérieur.

Voici le résumé de l'observation de M. Linon :

Un jeune soldat de 24 ans, robuste et de bonne constitution, entre à l'hôpital de Versailles, le 5 novembre 1891, avec un phlegmon de la région sus-hyoïdienne.

Le malade raconte à son entrée qu'il souffre depuis une dizaine de jours, pendant lesquels il a été soigné à l'infirmerie du corps auquel il appartient. Le point de départ des accidents a été une inflammation développée autour de la dent de sagesse inférieure gauche, cariée et cassée par un dentiste dix mois auparavant. Il présente un état typhoïde ; sa température est de 40°,6, le nombre de ses pulsations de 120. On est frappé, à première vue, de la teinte subictérique de ses téguments, de la gêne respiratoire qu'il éprouve et de la déformation de la région sus-hyoïdienne, qui fait une saillie considérable. Si on entr'ouvre la bouche, on peut constater un œdème énorme du plancher de la bouche avec liseré diphtéroïde, soulèvement de la langue et dysphagie complète.

En présence de ces accidents menaçants, on fait sur la ligne médiane, sur la tuméfaction œdémateuse, mais non fluctuante, une incision qui donne issue à une grande quantité de pus mal lié et fétide.

Cette évacuation est suivie d'une amélioration manifeste, et, dès le lendemain, l'œdème sublingual diminue, la région sus-hyoïdienne est moins tendue, et la température, de 40° tombe à 38°.

Cette amélioration ne devait être que de courte durée, car, trois jours après, la température s'élevait à nouveau, l'état général redevenait inquiétant, et la fétidité de l'haleine, la dysphagie, l'adynamie profonde se réunissaient pour donner lieu aux plus vives inquiétudes.

Presque en même temps, le 11, c'est-à-dire cinq jours après l'incision faite à la région sus-hyoïdienne, on voyait se développer dans la région sus-claviculaire droite une tuméfaction non fluctuante, mais sonore à la percussion, et sur laquelle la palpation permettait de reconnaître une crépitation gazeuse.

Le 12 novembre, six jours après l'entrée du malade à l'hôpital, on fit sur ce point une deuxième incision qui, conduite jusqu'aux places les plus profondes, demeura sans résultat immédiat ; mais, dès le lendemain, une abondante évacuation de pus, mêlée de bulles de gaz pendant la toux, se fit par cette plaie, et le malade se trouva mieux. Cette amélioration fut encore momentanée ; quelques jours plus tard, la température remontait encore, et l'état général redevenait mauvais. Le 25 novembre, vingt jours après l'entrée du malade à l'hôpital, on constatait une tuméfaction phlegmoneuse sur le thorax, à l'union de la 1re et de la 2e pièce du sternum.

M. Dieu, qui surveillait pas à pas la marche de la maladie, pensa que cette tuméfaction phlegmoneuse devait encore être incisée, de manière

à donner issue à la fusée purulente qui avait pénétré le médiastin antérieur, et cette opération fut pratiquée le 26 novembre.

On fit une incision de 10 centimètres sur la tumeur inflammatoire, on découvrit le bord droit du sternum, on fit une large résection de l'os en faisant sauter des éclats avec la gouge et le maillet, et l'on fit passer un drain de la plaie sus-claviculaire à la plaie sternale.

A partir de ce moment, l'état du malade alla en s'améliorant de jour en jour, et à part quelques complications sans importance, il n'y eut plus de nouveaux incidents à signaler. Mais la guérison fut lente à se produire, et le malade ne fut envoyé en congé de convalescence que dans les premiers jours de mai.

M. Linon fait suivre l'exposé de cette intéressante observation de réflexions et attire l'attention sur trois points :

1° Pour lui, les accidents que je viens de relater ne sont pas dus au défaut de place pour la sortie de la dent de sagesse entre l'apophyse coronoïde et la 2e grosse molaire, ainsi qu'il était classique de l'admettre il y a quelque temps à peine. Pour lui, c'est l'ulcération de la muqueuse gingivale provoquée par l'éruption de la dent de sagesse qui a été la porte d'entrée des germes infectieux qui ont engendré le phlegmon cervical.

Ces germes se déposent et se développent sous le capuchon que forme la muqueuse gingivale au-dessus de la dent.

M. Linon pense qu'il n'y a point d'autre explication à chercher pour le cas présent, et effectivement la constatation de la carie de la dent de sagesse inférieure gauche, sa présence au milieu d'un foyer purulent, l'ulcération de la muqueuse gingivale autour d'elle ne laissent aucun doute sur la possibilité d'une infection par cette voie.

Nous n'avons donc pas besoin de nous demander, dans le cas présent, s'il faut adopter la théorie de MM. Redier et Cornudet. Ces auteurs déclarent que les accidents de la dent de sagesse relèvent *toujours* d'une infection et, par conséquent, d'une ulcération siégeant sur la muqueuse gingivale, jamais du manque d'espace à la sortie de la dent.

Je me garderai d'émettre ici une opinion aussi générale, et je ferai simplement remarquer que, pour le cas particulier, l'infection par l'ulcération gingivale paraît évidente, comme le dit M. Linon.

2° Frappé par la gravité des accidents, M. Linon se demande si on doit penser que ce malade ait eu une angine de Ludwig. Et, à ce propos, il nous rappelle les divergences d'opinions des auteurs sur ce point : les uns reconnaissant l'angine de Ludwig comme une affection distincte spéciale représentant en un mot une entité morbide, les autres ne voulant y voir qu'un phlegmon grave du

cou. C'est à l'opinion de ces derniers que se range M. Linon.

Puisque M. Linon soulève cette question, vous me permettrez, Messieurs, de l'examiner devant vous, car on est assez mal fixé sur ce que l'on doit entendre par « angine de Ludwig », et je profiterai de la circonstance pour soumettre à votre approbation ou à votre improbation l'opinion de M. Linon et la mienne.

Tout d'abord, comme M. Linon posait la question de savoir si le phlegmon observé chez son malade pouvait être appelé angine de Ludwig, j'ai eu la curiosité de savoir ce que c'était que l'angine de Ludwig. Ayant voulu consulter le mémoire de Ludwig, qui a paru en 1836 dans le *Wurtemberg Corresp. Blatt* de 1836, je ne pus me procurer ce journal, et j'appris que M. Boehler, qui a fait sur ce sujet la meilleure thèse qui existe, avait dû se rendre à Strasbourg pour faire la traduction du mémoire en question.

Je dus donc me contenter de la lecture de la thèse de M. Boehler et des renseignements qu'il a bien voulu me fournir. Or, l'analyse du travail de Ludwig est vite faite.

Ce mémoire contient quatre faits de phlegmons sus-hyoïdiens graves. Pour trois d'entre eux, il existe seulement une mention de cas graves terminés rapidement par la mort. Le quatrième est rapporté *in extenso ;* en voici la substance : il s'agit d'une demoiselle chez laquelle se développa une tumeur inflammatoire de la région sous-maxillaire sans changement de couleur à la peau, dure, pierreuse, et du volume d'un œuf de poule quatre jours après le début des accidents; le dixième jour, la tuméfaction dure et ligneuse avait envahi toute la région sus-hyoïdienne, englobait le larynx qui ne pouvait être reconnu par la palpation, soulevait la langue et provoquait des troubles de la déglutition et de la respiration ; l'état général était grave. A partir du dixième jour, l'affection se termina spontanément par résolution.

Voilà les faits. Ludwig y ajoute une conception théorique que voici : il y a dans cette maladie deux facteurs à considérer, la nature érysipélateuse et l'état nerveux spécial du sujet.

Par son facteur érysipèle, la maladie favoriserait la disposition à l'inflammation gangreneuse, comme dans le furoncle malin, tandis que, par son facteur nerveux, elle prédisposerait à l'induration et à la paralysie, comme dans la parotidite maligne.

Il est difficile, dans une observation de phlegmon sus-hyoïdien qui se termine par résolution et dans une explication aussi vague que celle de Ludwig, de voir une maladie spéciale distincte. Surtout lorsqu'on voit les chirurgiens de l'époque, qui ont pu avoir le mémoire de Ludwig à leur disposition, rapporter sous le nom d'angine de Ludwig un certain nombre de phlegmons diffus nettement caractérisés.. Aussi pensons-nous, avec M. Linon, avec

M. Boehler, que le terme d'angine de Ludwig ne correspond à aucune maladie nettement définie et ne mérite point d'être conservé.

Est-ce à dire que toutes les phlegmasies du cou se ressemblent, qu'il n'en est point de graves entre les graves, et que pour celles qui ont une marche foudroyante en quelque sorte, la gravité ne dépende que du degré d'infection ou de l'étendue de la région atteinte ?

Je ne le pense pas ; je crois que la nature de l'agent infectieux constitue la différence capitale, et je vous demande la permission de vous rapporter succinctement deux observations de phlegmons septiques du cou à marche foudroyante et très différents cliniquement de celui observé par M. Linon.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, atteinte d'une phlegmasie cervicale datant de quatre jours, qui entra à la Maison de Santé dans le mois de février dernier.

La malade avait vu se développer brusquement, à la suite de carie dentaire, un gonflement énorme de la région sous-maxillaire gauche qui bientôt avait envahi la ligne médiane et s'étendait du côté opposé. Au moment où nous l'examinions, cette femme présentait un gonflement énorme du cou ; la région sus-hyoïdienne tuméfiée faisait une proéminence énorme. Mais la peau n'était point rouge ; elle était distendue, violacée par places. Au-dessous d'elle, on constatait une tuméfaction d'une dureté ligneuse confondue avec le maxillaire. Par la bouche s'écoulait une salive visqueuse, et lorsqu'on arrivait à écarter légèrement les mâchoires de la malade, on voyait le plancher buccal soulevé, d'une teinte rouge lie de vin, refoulant la langue en arrière. La déglutition était difficile, la respiration très gênée, et la malade se tenait assise sur son lit appuyant sa tête entre ses mains. Elle avait une température élevée. Sa face était terreuse.

Je la fis aussitôt transporter à la salle d'opérations, et lui ayant fait respirer quelques bouffées de chloroforme, je fis une longue incision sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne ; je découvris les muscles geio-hyoïdiens ; avec la sonde cannelée, je passai entre eux ; il ne s'écoula qu'une sérosité sanglante, fétide, mêlée à des bulles de gaz.

Je fis une deuxième incision sur la partie latérale gauche de la tuméfaction qui me conduisit sur la glande sous-maxillaire, autour de laquelle je trouvai un foyer contenant une sérosité infecte, comme tout à l'heure. Enfin je donnai un coup de bistouri sur la muqueuse du plancher buccal qui ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang.

La malade parut d'abord soulagée et sembla respirer un peu plus facilement. Mais, quatre heures plus tard, elle mourait subitement en essayant de boire un peu de lait.

La distension énorme des parties molles par une sérosité fétide mêlée de gaz, l'aspect violacé des muscles infiltrés de cette sérosité, l'absence de pus véritable rappelaient absolument ce que nous observons dans les septicémies aiguës des membres, et je pense qu'il s'agissait ici d'une septicémie aiguë, d'une gangrène foudroyante de la région cervicale.

J'ai observé, l'an passé, un cas à peu de chose près semblable dans le service de M. Le Dentu, à l'hôpital Necker, chez un jeune garçon qui était soigné dans un service de médecine et qui avait été pris dans le décours d'une fièvre typhoïde d'accidents semblables à ceux que je viens de relater. Malheureusement son observation ne fut pas prise, et je me borne à rapprocher ce fait du précédent.

Je pense que ces cas sont cliniquement [1] très différents de celui que nous a rapporté M. Linon, qui ressortit, lui, au phlegmon diffus gangreneux. Je crois qu'à la région cervicale aussi bien qu'aux membres on peut observer : 1° la septicémie aiguë ; 2° le phlegmon diffus gangreneux ; 3° les phlegmons circonscrits plus ou moins étendus.

Mais quant à vouloir appeler angine de Ludwig la septicémie aiguë cervicale plutôt que le phlegmon diffus, plutôt que le phlegmon circonscrit, qui est-ce qui nous y autorise ? Ce n'est certainement pas son observation publiée *in extenso* qui s'est terminée par résolution, ni la conception d'une maladie où le facteur érysipèle est associé au facteur nerveux.

Je crois donc que M. Linon a bien fait d'intituler son observation phlegmon diffus de la région sus-hyoïdienne et de dire après Boelher que le terme d'angine Ludwig ne peut être employé, si nous ne voulons risquer de nous servir d'un terme dont nous ne connaissons en aucune façon la portée.

3° M. Linon insiste enfin sur l'utilité de la trépanation du sternum dans le cas qu'il a eu à traiter. A l'appui de cette manière de voir, M. Linon rappelle quelques observations anciennes de La Martinière et Petit et quelques travaux récents de Hobart, Amory Hare, de M. Le Dentu, etc. Mais il nous semble que sa proposition peut se passer d'être appuyée, et qu'il est évident que l'évacuation d'un foyer du médiastin au point le plus déclive, là où il se montre, est absolument indiquée et doit être faite ainsi que cela a été pra-

[1] Et nous ne pouvons parler qu'au point de vue clinique, puisqu'aucun examen bactériologique n'a été publié jusqu'ici.

tiqué chez le malade dont M. Linon nous rapporte l'histoire. Je n'insisterai donc pas davantage sur ce point.

Je conclus donc en vous proposant : 1° de remercier M. Linon de son importante observation ; 2° de déposer son mémoire dans nos Archives ; 3° de maintenir son nom en bon rang pour une place de membre correspondant.

Discussion.

M. Quénu. M. Nélaton s'est demandé la cause des accidents de la dent de sagesse : est-ce l'ulcération de la muqueuse ou le manque de place ? Le plus souvent, les deux causes se combinent; il y a ulcération parce qu'il y a manque de place. J'ai vu deux cas de ce genre chez une jeune fille bien portante, il s'était développé un adéno-phlegmon sous-maxillaire que l'on pensa être d'origine dentaire. Je constatai au niveau de la dent de sagesse une petite ulcération sanieuse ; je la fis panser, j'ouvris l'abcès et j'adressai la malade chez un dentiste qui refusa d'enlever la dent.

Chez un jeune avocat, atteint de trismus, n'ayant aucun antécédent dentaire, je trouvai un gonflement à la face interne du masséter ; sous le chloroforme, je lui ouvris la bouche, j'enlevai la dent de sagesse et je vis derrière cette dent une petite ulcération. Il y avait un manque de place qui est très probablement la cause de l'ulcération.

A propos du second point que traite le rapport de M. Nélaton, c'est-à-dire les phlegmons du cou, je pense comme lui que les états septiques du cou sont variés ; j'en ai vu qui ne pouvaient être facilement catalogués. Il y a des phlegmons à marche suraiguë, à œdème rapide, à phénomènes généraux graves, dans lesquels l'ouverture ne donne issue qu'à des gaz ou à des liquides sanieux et est souvent suivie de mort.

Il y a quelques années, j'ai observé un étudiant en médecine qui fut pris de mal de dents et bientôt après de phénomènes simulant une fluxion ; le lendemain, M. Labbé incisa une collection ; le surlendemain, je fus appelé à voir le malade , je constatai un gonflement considérable avec emphysème. Une nouvelle incision fut faite et montra une communication avec le pharynx ; le malade succomba le lendemain. Il est probable qu'il s'est agi d'un phlegmon infecté par des éléments septiques que nous connaissons encore mal.

Chez une malade de 40 ans, les phénomènes avaient débuté par une amygdalite ; au bout de peu de temps, il y avait un phlegmon du cou avec emphysème et gaz. Une incision suivie de grands

lavages avec pansements soignés ne donna aucun résultat ; la malade succomba le lendemain.

Ces phlegmons paraissent surtout graves par la virulence des microbes ; ils n'ont rien de spécifique. Ils se produisent chez des sujets débilités ou alcooliques ou chez des gens ayant une mauvaise asepsie buccale ou pharyngée. La mort arrive avant la formation du pus ; la marche est très rapide et le pus n'a pas le temps de se former. Il ne me paraît donc pas très difficile d'expliquer ces phlegmons.

Chez un marchand de vin alcoolique, atteint d'un phlegmon du cou ayant la physionomie de l'anthrax, je fis des incisions et pratiquai de véritables puits dans la masse indurée avec le thermo-cautère. Cette intervention fut suivie d'amélioration ; puis, au bout de six semaines, le malade mourut. Malgré les pansements quotidiens, il se fit une véritable dissection de son cou ; des débris de tissu cellulaire, le muscle sterno-mastoïdien s'en allèrent par morceaux. Il s'éliminait des masses jaunes qui pouvaient faire penser à de l'actinomycose, mais dans lesquels l'examen microscopique pratiqué par M. Cornil ne démontra pas les éléments de cette affection. A l'autopsie, on trouva des prolongements jusque dans le médiastin, avec dissection de l'œsophage, de la trachée, sans qu'il y eût presque de suppuration ; le tout s'était fait presqu'à sec. Les analyses microbiologiques ont démontré dans les foyers la présence de tous les microbes, mais ne nous ont pas expliqué cette marche particulière. Le sujet était alcoolique, et telle est peut-être la raison de l'allure de son affection. Je dois ajouter qu'aucun de ces malades n'était diabétique.

M. Reclus. Comme M. Quénu, je pense que, pour expliquer les accidents de la dent de sagesse, la cause mécanique doit être tenue en grande considération ; je connais un nombre considérable d'observations de ce genre. J'ai vu une jeune fille qui pendant dix ans eut tous les accidents de l'éruption de la dent de sagesse ; elle avait à chaque instant de petites ulcérations gingivales et des inoculations incessantes. Les deux causes me paraissent donc devoir être admises d'une façon certaine. Tous ces accidents n'arrivent pas quand la dent située en avant de la dent de sagesse fait défaut et laisse la place libre. De même, ces accidents n'existent plus ou n'existent que d'une façon tout à fait exceptionnelle à la mâchoire supérieure, où les conditions anatomiques sont différentes.

Donc manque de place et inoculation, tels sont les deux facteurs des accidents.

Sur le deuxième point, je ne puis que féliciter M. Nélaton

d'avoir fait évanouir ce fantôme de l'angine de Ludwig. J'ai vu plusieurs cas qui se rapprochaient de la dernière forme que M. Quénu a rapportée. Un malade avait un vrai cou en carton, comme dans l'anthrax, avec cette différence qu'il n'y avait ni élévations ni follicules sébacés ; le cou était tellement dur que je me demandai même s'il ne s'agissait pas d'un squirrhe de la peau. Au bout de quinze jours, la masse se ramollit ; il se fit une large évacuation par des points multiples après dissection de la région; le malade guérit.

Un autre malade présentait le même aspect ; la dureté était peut-être moins grande; il y avait seulement plus d'asphyxie. Les tissus me paraissaient trop durs pour être incisés ; le lendemain, l'état était le même ; l'asphyxie semblait moins prononcée. Le soir, à cinq heures, le malade fut pris de dyspnée et mourut d'œdème de la glotte.

Chez un malade de 86 ans, je vis absolument ce même phlegmon et je reconnus bien nettement l'affection ; ce vieillard ne présentait aucune tare organique, et je pratiquai avec le thermo-cautère une série de tranchées profondes de 4 à 5 centimètres ; l'effet fut excellent; les tissus se dégorgèrent, et la guérison survint après une longue période d'élimination et de réparation.

M. Bazy. Observe-t-on une angine de Ludwig? Dans un certain nombre de cas qui pourraient s'y être rapportés, j'ai posé le diagnostic de phlegmon septique grave du cou, survenus une fois après une intervention sur les dents, une autre fois après une angine. Dans un cas, à la suite d'une extraction de dent, il se fit un phlegmon ouvert par le médecin d'une façon insuffisante ; je refis une ouverture et le malade mourut deux jours après.

Dans un autre cas, un malade se présenta à Beaujon avec le cou tendu, un œdème blanc, dur, et l'aspect général de la septicémie. Je conseillai d'inciser ce cou de suite et profondément ; à une heure et demie l'incision était faite, deux heures plus tard le malade était mort.

Dans un troisième cas, une dame est prise le vendredi d'une angine qui est constatée le lendemain ; le surlendemain, je suis appelé et je constate une tuméfaction de la région sous-maxillaire, s'accompagnant de peu de fièvre. Nous intervenons de suite et incisons jusqu'à la trachée ; il sortit des gaz et un liquide sanieux. Le lendemain, la malade était prise d'un frisson et le surlendemain elle était morte.

L'année dernière, dans le service de M. Duplay, j'ai observé un jeune homme de 18 ans qui, avec ce phlegmon du cou, avait un emphysème étendu au thorax. On intervint rapidement ;

l'homme était un peu asphyxique, fébrile, agité ; deux heures après il succombait. L'examen démontra des staphylocoques dans le foyer purulent.

Ces faits sont tout à fait comparables à ceux de M. Nélaton.

M. Nélaton. Je constate, d'après l'opinion de mes collègues et comme je viens de le dire moi-même, que l'angine de Ludwig doit disparaître. Cette opinion n'est pas de moi ; elle appartient à M. Delair qui l'a soutenue dans sa thèse en 1885. Le fait a passé inaperçu à cette époque et je n'ai voulu que le mettre en valeur aujourd'hui.

Les conclusions du rapport de M. Nélaton sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de malade.

M. Delorme présente un malade qui, atteint depuis cinq ans d'hémorroïdes internes, idiopathiques, a été opéré par la méthode de Whitehead. Ces hémorroïdes donnaient lieu à des hémorragies assez abondantes et avaient été traitées sans succès par la dilatation.

L'opération date de deux mois; le résultat en est satisfaisant. Toute trace d'hémorroïdes a disparu ; la cicatrice est réduite à une ligne. C'est plutôt par un changement brusque de coloration que par la cicatrice, qu'on reconnaît l'union de la peau et de la muqueuse ; cette muqueuse est cachée au fond de l'infundibulum fessier ; son adhérence au sphincter est suffisante pour que pendant les efforts, elle ne fasse pas de prolapsus; enfin lorsque le blessé va à la selle l'anus se dilate régulièrement.

M. Delorme rappelle que le procédé de Whitehead consiste dans la dissection circulaire de la muqueuse anale au ras des deux sphincters, jusqu'au niveau ou au-dessus du sphincter interne ; dans la division de cette muqueuse en quatre segments par des incisions axiles ; chaque segment isolé, ne tenant plus que par un pédicule de muqueuse saine, est sectionné et on réunit le bord de la muqueuse à la peau anale.

C'est par étapes que M. Delorme s'est adressé à ce procédé. Chez deux autres malades chez lesquels il avait voulu faire la dissection des hémorroïdes, toujours en libérant la muqueuse comme le fait Whitehead, les adhérences intimes de la muqueuse au bourrelet hémorroïdaire étaient telles qu'il avait entamé cette dernière et dû terminer l'opération par la section circulaire de la muqueuse perforée.

Discussion.

M. Marchand. J'ai fait cette même opération avec succès. Le procédé préconisé par M. Delorme a une grande analogie avec celui d'Allingham, si ce n'est que dans ce dernier procédé on respecte la muqueuse ano-rectale entre chaque bouton hémorroïdaire.

M. Quénu. On sépare difficilement la muqueuse de l'hémorroïde; j'ai disséqué sur le cadavre environ trente hémorroïdes et j'ai vu qu'on ne pouvait faire cette dissection ; la trame de la muqueuse est devenue comme un tissu caverneux.

Je ne partage pas la préférence de M. Delorme pour ce procédé circulaire ; si on n'obtient pas une réunion parfaite de la muqueuse, on risque de produire un rétrécissement. Je ne fais qu'enlever par places les portions hémorroïdaires les plus saillantes.

M. Bazy. Je pratique et je recommande la volatilisation avec la pince rougie à blanc telle que l'a enseigné le professeur Richet.

M. Delorme. Je n'ai voulu que montrer les résultats de cette opération; je ne la crois pas dangereuse. Son auteur l'a pratiquée deux cent quatre-vingt fois sans un insuccès. Quant à l'antisepsie, il est évident qu'elle doit être pratiquée d'une façon parfaite, car la région et les tissus sur lesquels on opère sont tout à fait dangereux à ce point de vue. Ce procédé est peut-être moins grave que d'autres, puisque la muqueuse recouvre les parties cruentées et qu'il ne reste pas de plaie dans le rectum.

Présentation de pièces.

1° *Néphrolithotomie.*

M. Routier. J'ai l'honneur de présenter à la Société 19 calculs pesant ensemble 180 grammes, que j'ai enlevés à un homme de 39 ans par la néphrotomie.

Cet homme a eu, à dix-huit ans, un accès de coliques néphrétiques, puis il est resté douze ans parfaitement bien portant.

A la suite d'un voyage dans l'Amérique du Sud, nouvel accès de coliques néphrétiques, et il y a trois ans qu'il s'est aperçu que son urine était trouble et infecte.

Depuis huit mois, il devait garder le lit, car les douleurs étaient incessantes ; la fièvre continue avec des accès fréquents.

Le rein droit était manifestement gros et douloureux, le gauche paraissait sain. L'urine, en quantité normale, laisse déposer une quantité énorme de pus verdâtre et épais. Le 7 juillet, j'ai pratiqué la néphrotomie.

Le malade endormi, j'ai pu obtenir par la palpation du rein un bruit caractéristique dû au choc des calculs, dont on sentait la consistance sous la main.

L'extraction des calculs a été très laborieuse, car ils étaient très gros et très enveloppés par la membrane des bassinets ; j'ai pu cependant les enlever.

J'ai laissé le rein ouvert et bourré d'iodoforme.

Les deux premiers jours, sans fièvre, il y a eu un peu de dysurie, puis de la polyurie. Aujourd'hui le malade va très bien, la fistule rénale n'est pas encore fermée, bien entendu, puisqu'il y a dix jours à peine que j'ai fait l'opération. Mais elle se fermera, tout permet de l'espérer.

2° *Volumineux fongus du testicule.*

M. Marchand. La pièce que je présente à la Société et qui est un volumineux fongus tuberculeux me semble présenter quelques points intéressants.

C'est d'abord le volume excessif tout à la fois de l'organe malade et du fongus. Le testicule mesurait 14 centimètres de diamètre vertical, 7 centimètres transversalement ; le fongus présentait 7 centimètres environ verticalement, 5 à 6 transversalement. Il siégeait sur la partie latérale externe du scrotum, était formé de gros bourgeons très saillants, fongueux, saignant au moindre contact et, nonobstant, ne donnant lieu qu'à une sécrétion ichoreuse peu abondante, mais fétide.

Le scrotum perforé par la végétation pathologique est comme coupé à l'emporte-pièce et recroquevillé en dedans au niveau des bords de la perforation.

Cette dernière s'est établie progressivement ; je veux dire que la peau a été usée, amincie, puis perforée ; mais il n'y a jamais eu de collection purulente qui ait hâté la perforation. L'affection ne s'est développée que lentement, puisqu'elle a mis sept ans à arriver à l'état actuel.

2° On peut suivre sur la pièce le mode suivant lequel s'est produite la lésion. Sur une coupe verticale intéressant toute son épaisseur, on rencontre : *a.* la substance testiculaire elle-même légèrement congestionnée; *b.* deux gros tubercules caséeux, maronnés, à coupe d'une teinte uniformément jaune, de consistance très solide, malgré leur état de dégénérescence graisseuse.

c. Puis, plus vers la périphérie, le tissu fongueux mollasse, reposant sur la portion externe des deux grosses masses caséeuses que je viens de décrire. Aucun autre tissu n'est reconnaissable : l'albuginée, le scrotum ont disparu totalement détruits, résorbés par la masse fongueuse.

La coupe de cette dernière était uniformément rouge pâle, mais on ne distinguait aucun noyau ni granulation d'apparence franchement tuberculeuse dans sa substance.

Le malade, âgé de 27 ans, présentait des antécédents tuberculeux ; il avait été réformé comme atteint de bronchite chronique et avait des craquements secs au niveau du sommet du poumon gauche. Son état général laissait quelque peu à désirer ; il était pâle, affaibli, mais désirait vivement guérir de son affection qu'il semblait avoir prise en horreur.

Le canal déférent était volumineux, moniliforme, solide, mais l'épididyme lui-même ne présentait qu'un gonflement médiocre, sans dépôt tuberculeux. L'appareil génital profond, prostate, vésicules séminales, semblaient absolument sains.

Nonobstant les défectuosités organiques que je viens de signaler, je fis la castration qui réussit à merveille. La guérison par première intention fut rapide et exempte de toute complication.

Je signale, en terminant, que la participation du canal déférent aux lésions tuberculeuses épididymo-testiculaires, ne me semble point être une contre-indication à la castration lorsque celle-ci est devenue indispensable à la suite des graves désorganisations bacillaires que l'on est parfois appelé à constater.

La castration actuelle est la quatrième que j'aie pratiquée, nonobstant des complications déférentielles graves.

Je n'ai point eu lieu de m'en repentir : une seule fois mon malade eut une périfuniculite qui se termina par un abcès que j'ouvris. La guérison se fit solide, car le malade, opéré depuis trois ans et demi, est toujours bien portant, bien que j'aie dû, il y a un an, lui pratiquer une seconde castration pour un abcès tuberculeux énorme de l'épididyme compliquant une tuberculose miliaire de la substance testiculaire.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

G. Bouilly.

Séance du 13 juillet 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le premier numéro des *Archives provinciales de chirurgie*, juillet 1892 ;

3° *Cas de quasi-guérison d'une cystite tuberculeuse par la taille hypogastrique ; drainage de la vessie à l'aide d'une canule spéciale*, par M. Montaz (de Grenoble) (M. Bazy, rapporteur).

4° *Gangrène progressive des membres inférieurs par endartérite*, par M. Guelliot (de Reims) (M. Monod, rapporteur).

Suite de la discussion sur le traitement des hémorroïdes.

M. Reclus. Notre collègue, M. Delorme, vous a entretenus dans la dernière séance de l'extirpation des hémorrhoïdes par la méthode de Whitehead. J'ai presque exclusivement recours, depuis 1887, à un procédé analogue, et les succès que j'en ai obtenus m'engagent à vous communiquer les résultats de cette pratique.

Ce procédé est vraiment bien simple et je m'imagine que nombre de mes collègues doivent, eux aussi, y avoir recours : après la dilatation préalable de l'anus par le spéculum de Trélat, je saisis avec une pince à pédicule, droite et à mors étroits, les hémorrhoïdes procidentes, d'abord d'un côté de l'anus, le droit par exemple, et je sectionne ce bourrelet avec un bistouri ou mieux avec des ciseaux courbes. En général, au fur et à mesure que l'on coupe, la muqueuse s'échappe des mors de la pince et tend à remonter plus ou moins haut vers l'ampoule; aussi je la prends avec des pinces à forcipressure en l'étreignant surtout au niveau des points où saignent les vaisseaux afin d'obtenir une hémostase

provisoire. Puis, la section terminée, je juxtapose peau et muqueuse et je suture au crin de Florence.

Reste le bourrelet du côté gauche : je le saisis de la même manière que celui du côté droit avec une pince à pédicule, avec deux si le volume du paquet variqueux est trop considérable; puis je coupe et je suture. J'ai donc ainsi laissé, en avant et en arrière de la marge de l'anus, un segment de peau et de muqueuse non excisé et qui suffit amplement à éviter toute rétraction cicatricielle. Je m'arrange d'ailleurs pour ménager les téguments au point où les hémorrhoïdes sont le moins accusées. Aussi la pince ne saisit pas toujours le bourrelet dans une direction antéro-postérieure; elle peut être transversale ou oblique si les varices sont moins abondantes sur les côtés qu'en avant et en arrière de l'orifice anal.

La suture, qui juxtapose la peau à la muqueuse pour obtenir la réunion, assure aussi l'hémostase. Je me contente donc, pour tout pansement, de mettre dans le trajet anal et remontant jusqu'à l'ampoule, une mèche de gaze iodoformée que je maintiens par un bandage en T. Comme le malade a été purgé la veille de l'intervention, quelques pilules d'extrait thébaïque le constipent pendant les cinq ou six jours suivants; à ce moment j'ordonne un léger purgatif et un lavement et la première selle est à peine douloureuse. Le septième jour j'enlève les fils qui ne sont pas tombés spontanément ou sous l'effort d'une légère traction; ceux-là sont en petit nombre.

Cette opération me paraît présenter de grands avantages et je la préfère même à la « volatilisation » du professeur Richet. Elle ne nécessite aucun appareil spécial, ni pince à friser, ni fil de fer recuit, ni foyer de chaleur; elle se pratique très facilement à la cocaïne et c'est une des opérations que j'ai tenu à faire avec cet anesthésique local, sous les yeux des membres du dernier congrès de chirurgie. Elle ferme la porte aux inoculations septiques que laisse ouverte la chute des eschares après l'emploi de la cautérisation. Enfin la guérison est beaucoup plus rapide, et en sept jours elle est « pratiquement » obtenue ; il reste bien quelques petits points ulcérés au niveau des fils tombés spontanément, mais leur cicatrisation est fort prompte.

J'ai pratiqué cette excision 27 fois, tant en ville qu'à l'hôpital, et je n'ai eu qu'à m'en louer. Je ne vous parlerai pas de mes 17 opérés de la clientèle hospitalière, car je les ai perdus de vue après leur guérison et je n'ai fait aucune enquête à leur sujet. Je me contenterai de dire que, chez aucun d'eux, je n'ai observé d'accidents et que tout s'est passé avec la plus parfaite régularité. Je voudrais seulement vous parler de mes malades de la ville, car j'ai suivi la plupart d'entre eux; et je puis vous éclairer, non seulement sur

les résultats immédiats de l'excision sanglante avec suture, mais aussi sur les résultats éloignés.

Dans ces dix cas, je ne relève qu'un léger accident : il s'agissait d'un de nos confrères d'Algérie qu'anémiaient, d'une manière inquiétante, des hémorragies répétées. Je l'opère, comme toujours, à la cocaïne; j'excise, je suture et je pars, lorsque deux heures après, on vint me chercher pour un saignement abondant que je taris par deux nouveaux points de suture. Plus de soin dans l'affrontement de la muqueuse à la peau aurait évité cet inconvénient d'autant plus à redouter, dans ce cas, que mon opéré était un paludique, et l'on sait leur tendance aux hémorragies. La guérison, d'ailleurs, ne fut pas retardée, et le résultat a été des plus favorables.

Ni accident ni incident d'aucune sorte chez mes neuf autres opérés, et chez aucun des dix je n'ai constaté plus tard de rétrécissement, malgré l'étendue parfois considérable de ma résection. On n'ignore pas, d'ailleurs, combien la muqueuse est abondante et lâche en cet endroit; elle l'est tellement que, lorsqu'on pratique la suture, il faut veiller à ses points et comprendre toujours entre chacun d'eux plus de muqueuse que de peau, si l'on ne veut pas, à la fin, avoir un excès de muqueuse saignante et en saillie. La crainte du rétrécissement me paraît donc théorique. En tous cas, elle est injustifiée, comme le démontre mon expérience, si l'on a soin de respecter, en un ou deux points de la marge anale, l'intégrité des téguments.

Sur nos dix malades, quatre avaient subi, plusieurs années auparavant, la dilatation anale. Ce ne sont pas les seuls cas de récidive hémorroïdaire après dilatation que j'aie observés, et je connais un professeur à qui elle a été pratiquée trois fois en onze ans; il est loin de se plaindre, d'ailleurs, car par cette opération sans gravité, il voit disparaître, pour un long temps, les douleurs et les hémorragies. Autrefois, je me contentais de forcer le sphincter, même dans les cas de bourrelet volumineux, et plusieurs fois, j'ai vu les hémorroïdes se flétrir spontanément. Mais comme ce résultat n'est pas toujours obtenu, il a fallu avoir recours à l'excision concomitante dès que, à travers le sphincter relâché, sort un bourrelet de quelque importance. La guérison est plus sûre, plus durable et s'obtient avec la plus grande sécurité.

Telle est ma pratique, et je vous l'expose à un double titre, d'abord parce qu'elle me donne des résultats excellents, et puis la discussion qu'a soulevée la communication de M. Delorme me prouve que ce procédé n'est pas aussi banal que je me l'imaginais.

Suite de la discussion sur les phlegmons du cou.

M. Delorme. Le rapport de M. Nélaton m'a remis en mémoire trois faits de la variété de phlegmon septique sus-hyoïdien que M. Linon et lui ont observés et les remarques dont je les accompagnais dans un mémoire adressé à la Société en 1887.

A ces observations que je vais résumer, j'en ajouterai une quatrième, je m'arrêterai à la question soulevée par MM. Nélaton, Quénu, Reclus, à savoir si le terme d'angine de Ludwig convient bien à ces phlegmons, s'ils constituent réellement une entité clinique, avec des caractères bien marqués et un siège précis. Je parlerai enfin de leur traitement.

Obs. I. — *Phlegmon sublingual pris pour une angine au début. Caractères typiques. État général grave. Phlegmon bilatéral. Ouvertures dans les régions sous-maxillaires. Pus sous le mylo-hyoïdien. Vastes poches sublinguales. Guérison.*

J'observai mon premier blessé en novembre 1886. Il avait été envoyé dans le service de mon collègue et ami M. Sorel à Saint-Martin, avec le diagnostic d'angine. Il présentait alors : une fièvre intense, un gonflement modéré de la région sus-hyoïdienne avec resserrement des mâchoires; la parole était difficile, la déglutition très douloureuse, l'aspect typhoïde. Ces symptômes avaient commencé à s'accuser très brusquement, deux jours auparavant.

Au bout de trois jours, cet homme est évacué sur mon service et je constate : un gonflement uniforme, ligneux, squirrheux, bilatéral de la région sus-hyoïdienne droite avec rougeur sombre de la peau; la palpation est douloureuse, la fluctuation obscure, incertaine.

Le rapprochement des arcades dentaires ne permet pas un examen complet de la bouche, mais je constate, — et le blessé en a conscience, — que la langue est refoulée par la muqueuse gingivo-linguale qui forme un gros bourrelet bilatéral. La sécrétion de salive est incessante, les mouvements de la langue, impossibles; la déglutition est des plus difficiles. Il y a de la dyspnée, menace de suffocation; l'état général est des plus graves, et la température de 38°,05 le matin, monte le soir à 40°.

On était au huitième jour. Sans tarder, je pratique une incision comme pour l'ouverture d'un adéno-phlegmon sous-maxillaire, tout en étant frappé, dans ce cas, de la symptomologie si différente de celle des adéno-phlegmons et, en particulier, du refoulement de la langue par un gros bourrelet muqueux.

Cette incision sous-maxillaire, faite dans la région de la glande, à travers un tissu cellulaire épais de plusieurs centimètres, *n'amène pas de pus*, je contourne du doigt la glande, *pas de pus*. Le gonflement énorme de la région et l'élévation de la température ne laissant ce-

pendant pas de doute sur sa présence, je prolonge mon incision en avant vers la ligne médiane; je dissocie, puis coupe les fibres du mylo-hyoïdien, et je tombe dans une cavité remplie d'un pus assez mal lié et infect. Cette cavité est parallèle à la base de la langue et au maxillaire. Une sonde cannelée d'abord puis l'index s'y enfoncent très librement, ce dernier jusqu'à sa base. Le siège du pus m'affirmait que j'avais affaire à un phlegmon sublingual, à ce qu'on décrit sous le nom d'angine de Ludwig. Je répétai la même incision du côté opposé, la découverte de la glande sous-maxillaire ne fut pas suivie d'un écoulement de pus, mais celui-ci sortit après la section du mylo-hyoïdien, et, de ce côté, comme de l'autre, je pus insinuer toute la longueur de mon doigt dans une cavité allongée, régulière, sublinguale. Pendant ces manœuvres, une certaine quantité de pus s'écoule par la bouche. Je fais pencher, en avant, la tête du blessé, j'irrigue les cavités purulentes par des jets de solution boriquée poussés à travers des tubes à drainage de 10 à 12 centimètres de long qui atteignent le fond des deux cavités sublinguales.

L'amélioration est presque immédiate. Dans la journée, la déglutition, comme les mouvements de la langue sont un peu moins gênés; la température baisse, puis progressivement la sécrétion des plaies qui avaient donné passage à des débris de tissu cellulaire les premiers jours, est progressivement peu abondante; en dix à douze jours elle était tarie, mais il s'écoula plusieurs mois avant que ce blessé retrouvât sa santé antérieure, et le bourrelet muqueux maxillo-lingual mit plus d'un mois à disparaître, affirmant tardivement le diagnostic localiste.

C'était la première fois que j'observais cette variété de phlegmon; ses caractères si typiques me frappèrent, je les retrouvai dans la plupart des observations rangées sous l'appellation d'angine de Ludwig. Dès lors, chez les blessés qui se présentèrent à moi avec ces symptômes, le diagnostic fut établi rapidement sans la moindre incertitude.

Obs. II. — *Phlegmon sus-hyoïdien bilatéral. Variété : phlegmon sublingual; incision médiane, pas de pus, débridements latéraux sus-mylo-hyoïdiens; issue d'une grande quantité de pus; cavités sublinguales admettant librement le doigt. Lavages antiseptiques. Guérison rapide.*

Le second malade, secrétaire d'état-major, le nommé R..., entre dans mon service du Val-de-Grâce, le 5 mai 1888.

Les accidents qu'il présente avaient débuté le 30 avril dans la journée par des douleurs lancinantes au niveau d'une molaire cariée; ces douleurs avaient été rapidement suivies d'une induration de la région sous-maxillaire droite correspondante.

Le soir déjà, le plancher de la bouche était fortement gonflé, les mâchoires ne pouvaient plus s'écarter que difficilement; la sécrétion

de la salive était abondante, la sensation de refoulement de la langue nette, la déglutition difficile et douloureuse; la parole était inintelligible, la température dépassant 39°.

Le lendemain, mêmes symptômes plus accusés. Cet homme est envoyé dans un service de médecin avec le diagnostic d'angine, tant la gêne de la déglutition est accusée.

Quand il est évacué dans mes salles, le cinquième jour, le gonflement ligneux de la région sus-hyoïdienne s'étend du côté droit au côté gauche avec une teinte rouge sombre de la peau; il y a de l'œdème de la face.

La température atteint 40°, le soir, et l'état général est alarmant.

Les caractères du gonflement sus-hyoïdien, son étendue, sa dureté, sa bilatéralité me font songer au blessé précédent et m'engagent à examiner la bouche.

Malgré le faible écartement des mâchoires qui admettaient à peine le petit doigt, je constate, par la vue et le toucher, un bourrelet muqueux considérable, d'une dureté ligneuse, en forme de fer à cheval remplissant le sillon linguo-maxillaire des deux côtés. Ce bourrelet qui atteint presque le niveau du rebord des dents du maxillaire inférieur, est d'un rouge vineux; l'empreinte des dents est marquée à sa surface; il refoule la langue en haut. Je diagnostiquai un phlegmon septique sous-lingual.

La bilatéralité du phlegmon m'engage à faire mon incision exactement sur la ligne médiane. Elle s'étend du maxillaire au-dessous de l'os hyoïde et traverse un tissu cellulaire épais de plusieurs centimètres. Malgré la profondeur de cette incision qui dépasse le niveau des mylo-hyoïdiens, il ne sort de la plaie que quelques gouttes de sérosité louche. Portant alors la sonde cannelée d'abord, l'index ensuite, en dehors, à droite, et séparant la face supérieure du mylo-hyoïdien, je tombe dans une cavité pleine de pus infect dans laquelle l'index s'engage en totalité et qui est limitée en dehors par le maxillaire non dénudé, la langue en dedans, le plancher mylo-hyoïdien en bas et la muqueuse en haut. Je dégage du côté gauche la face supérieure du mylo-hyoïdien comme je l'avais fait à droite et je tombe encore là dans une cavité profonde, à siège identique et de laquelle s'échappe du pus en quantité notable.

Pendant ces débridements et ces explorations, du pus en assez grande quantité sort par la bouche en même temps que par la plaie. Expression énergique du liquide par une compression digitale extérieure, grands lavages boriqués, jusqu'à ce que l'injection sorte claire par la bouche et la plaie, le blessé ayant la tête penchée en avant; injections boriquées dans la bouche, longs drains maintenus au fond des culs-de-sac sous-linguaux.

L'amélioration fut presque immédiate chez ce blessé comme chez le précédent. Il affirme que le gonflement diminua le jour même dans la bouche et qu'il sentit sa langue devenir un peu mobile.

Cependant la température se maintient pendant quelques jours encore aux environs de 39°.

Le lendemain, le pansement est souillé par une grande quantité de liquide infect, l'haleine est des plus fétides, mais malgré les pressions énergiques exercées sur la région, les drains ne fournissent pas de pus et le blessé n'en sent pas couler dans la bouche.

Grands lavages extra- et intra-buccaux renouvelés plusieurs fois par jour.

Trois jours après l'incision (8 mai), le gonflement sus-hyoïdien a diminué de moitié, la déglutition est facile, la langue assez mobile, l'haleine peu fétide, et grâce à l'écartement plus grand des mâchoires, je puis aisément constater le bourrelet muqueux, dur, épais d'un travers de doigt, remplissant les deux cavités linguo-maxillaires. Ce bourrelet mit plus de quinze jours à s'affaisser progressivement.

J'ajouterai que la face externe du maxillaire inférieur se montra toujours saine comme chez le précédent blessé et que sa face interne ne présentait aucun gonflement, dès qu'il me fut possible de l'explorer, quelques jours après l'incision.

Obs. III. — *Phlegmon sublingual unilatéral, incision. Pus sous le mylo-hyoïdien; sédation des accidents; menaces de suffocation; phlegmon du côté opposé, même incision. Guérison.*

Mon troisième blessé eut, comme le précédent, un phlegmon sublingual bilatéral. Le matin du 9 avril 1888, le nommé M..., soldat ordonnance est pris de douleurs assez vives au niveau de la région sous-maxillaire, il constate bientôt un gonflement léger, de la grosseur d'une noix, nous dit-il. Puis progressivement sa salivation devient bientôt abondante, la mobilité de la langue est diminuée, la déglutition devient plus difficile, les mâchoires sont resserrées.

Il entre dans mon service cinq jours après le début des accidents. Je constate alors un gonflement dur, ligneux, total, plan, de la région sus-hyoïdienne droite. Ce gonflement dépasse un peu la ligne médiane et se continue avec un œdème mou de la moitié correspondante de la face. La peau de la région est d'un rouge sombre. Les mâchoires sont étroitement serrées et ne permettent pas l'exploration de la cavité buccale, mais le blessé a la sensation d'un obstacle apporté aux mouvements de la langue et celle d'un soulèvement de cet organe; l'état général est grave, la température élevée.

A l'exploration extérieure du maxillaire, la muqueuse et les dents paraissent saines.

J'hésite entre un adéno-phlegmon sous-maxillaire à marche suraiguë et bilatéral, ce qui est exceptionnel, un phlegmon sublingual, tout en penchant vers ce dernier diagnostic en raison de la sensation de soulèvement de la langue. Je fais à travers un tissu cellulaire très épais, lardacé, au niveau de la loge sous-maxillaire l'incision classique de l'ouverture de l'adéno-phlegmon. Il n'en sort pas de pus. Je prolonge mon incision en avant, jusque tout près de la ligne médiane et ce n'est qu'après avoir dilacéré avec la sonde cannelée, puis coupé le mylo-hyoïdien dans une plaie profonde d'au moins 5 centimètres que

du pus jaune, fétide, sort en assez grande abondance. Je puis introduire mon index dans la cavité sublinguale. Mêmes pansements que chez les autres blessés.

Même détente au point de vue de l'état général et des mouvements de la languo et de la déglutition que dans les cas précédents, mais la température reste élévée à 39° le soir et dans la nuit du 14 au 15, soit quarante-huit heures après l'incision, le blessé éprouve une difficulté extrême de la déglutition, la sensation d'un manque absolu d'air, de gonflement de la langue et de l'arrière-gorge. Le médecin de garde est appelé sur-le-champ, il fait prendre un ipéca; dans les efforts de vomissements faits par le blessé, une poche profonde s'ouvrit-elle dans le pharynx ou bien le pus s'échappa-t-il par l'incision? Toujours est-il que le blessé éprouva un soulagement rapide.

Du 15 au 20 avril, je trouve noté dans l'observation que le gonflement de la face diminue, que la compression exercée sur les tissus au-dessus de l'incision fait sourdre du pus en quantité notable, que le gonflement dur de la région sus-hyoïdienne se circonscrit, que la déglutition est plus facile, les mouvements de la langue bien moins gênés, l'écoulement du pus par le drain nul et que la température, le soir, ne dépasse pas 38°, 38°,5.

Le 20 avril au soir, sept jours après l'incision, onze après le début des accidents, la température remonte brusquement à 39°, les mouvements de la langue redeviennent difficiles, la déglutition gênée et le lendemain, je constate que la région sus-hyoïdienne gauche présente un gonflement presque aussi considérable que la droite, sans qu'il y ait cependant d'œdème de la face. Rougeur légère des téguments. Le blessé me fait remarquer que de ce côté le gonflement a paru sans avoir été précédé de l'apparition d'une nodosité sous-maxillaire.

Même incision au niveau de la glande sous-maxillaire, absence de pus, malgré le dégagement de la glande et des ganglions; débridement du mylo-hyoïdien, issue d'une faible quantité do pus mal lié. Grands lavages antiseptiques extra- et intra-buccaux.

Le lendemain, la température tombe à 38°; elle est normale le matin, la guérison est assurée, progressive, mais ce ne fut que le 3 mai, près de vingt jours après la première incision que l'écartement des mâchoires entre lesquelles je pouvais introduire seulement l'index, me permirent de constater le gonflement dur, régulier, en forme de fer à cheval complet de la muqueuse gingivo-linguale. Il dépassait encore le niveau du liséré gingival. Il persista plus d'un mois.

Je résumerai en quelques mots ma dernière observation pour ne pas fatiguer votre attention.

OBS. IV. — *Phlegmon sus-hyoïdien à marche rapide. Variété sublinguale. Incision. Guérison.*

Un garde de Paris, malade depuis quatre jours, entre dans mon service au Val-de-Grâce, en mars 1891. Sans cause connue; il avait

été pris d'un mouvement fébrile intense (39° le soir) accompagné d'un gonflement sus-hyoïdien unilatéral.

Quand je le vis, je constatai un gonflement squirrheux considérable de la région sous-maxillaire avec rougeur de la peau, sans fluctuation nette et œdème de la face. Je pensai d'abord à un phlegmon sous-maxillaire, mais la sensation de refoulement de la langue, la salivation abondante, la gêne considérable de la déglutition et, par-dessus tout, la constatation du bourrelet muqueux dur, violacé, que j'aperçus à travers le faible écartement des arcades dentaires, me firent penser à un phlegmon sublingual.

Une incision pratiquée au niveau de la loge sous-maxillaire ne donna issue à aucun liquide et, pour trouver le pus, je dus encore inciser le mylo-hyoïdien. La section de ce muscle fit sortir une quantité notable de pus bien lié, dans lequel M. Maubrac reconnut la présence du staphyloccoque doré. Dans ce cas, comme dans les précédents, je constatai avec le doigt la présence d'une cavité sous-muqueuse, mais peu étendue. Il n'y avait pas de communication large avec la bouche.

Grâce à des lavages antiseptiques extra- et intra-buccaux souvent renouvelés, ce blessé que l'incision avait immédiatement soulagé, guérit rapidement. Sa plaie était guérie qu'on retrouvait encore dans la bouche le bourrelet muqueux dur, remplissant le sillon maxillo-lingual. Pendant plus de trois semaines je le fis constater aux médecins stagiaires attachés à mon service. Je n'ai plus à relever qu'un point : à partir du moment où ce blessé commença à manger; il éprouva un appétit et une soif insolites; l'examen des urines démontra la présence journalière de plus de 60 grammes de sucre. Or, avant l'entrée du blessé dans mon service, il n'avait pas présenté ces symptômes de diabète.

Ces opérations ont été transcrites un peu longuement, mais en présence d'une variété de lésion dont l'existence est à nouveau contestée, n'est-il pas nécessaire d'être complet et précis ?

Et maintenant, je vous le demande, ces quatre faits que je viens de rappeler, ne sont-ils pas identiques et bien différents de l'adéno-phlegmon sous-maxillaire suraigu ou aigu ?

Chez mes quatre malades nous retrouvons et l'état général grave, et l'élévation brusque de température et le *gonflement ligneux*, squirrheux, en cuirasse, unilatéral ou bilatéral (signes différentiels précieux) de la région sus-hyoïdienne, et la *gêne* rapidement accusée des *mouvements de la langue* et de la déglutition, la sensation de *refoulement de la langue*, la salivation abondante, surtout la présence de ce *bourrelet muqueux*, dur, élevé en forme de demi-fer à cheval complet qui comble le sillon maxillo-lingual, enfin cette *collection purulente* située en un point précis, *sous le mylo-hyoïdien*. Or, — et dans l'observation de M. Linon, et dans celles de MM. Nélaton, Reclus, et je pourrais dire dans

une série considérable d'autres, — ne retrouve-t-on pas ces mêmes caractères cliniques, cette *entité clinique ?*

Que le terme d'angine de Ludwig, appliqué à ces cas, soit impropre, et parce que, comme l'a dit M. Nélaton, la description du médecin allemand ne présente pas une précision suffisante pour qu'on puisse attribuer, sans réserves, à cet auteur une paternité qu'il ne mérite pas, et parce qu'il ne convient pas d'appeler angine une affection du plancher buccal, enfin parce qu'en acceptant ce terme, on attribue aux difficultés mécaniques de la déglutition une pathogénie erronée, nous le concédons volontiers. Mais n'est-il pas à craindre qu'en supprimant cette appellation qui, défectueuse ou juste, a servi de jalon pour rassembler jusqu'ici une somme d'observations appartenant au même groupe clinique, et en ne le remplaçant pas immédiatement par le terme plus vrai de phlegmon sublingual, on ne laisse penser qu'on n'admet pas non plus, qu'on méconnaît l'existence d'une variété très importante de phlegmon du cou des plus typiques ? Loin de moi la pensée de provoquer une querelle d'appellation ; la question est bien plus élevée, car c'est de l'idée qu'on se fait de l'entité et du siège de ces phlegmons que découle notre acte chirurgical.

Si vous admettez l'entité clinique, votre traitement est précis, sûr et le pronostic de cette affection dont nos collègues, avec tant de bonne foi, ont fait ressortir l'effrayante léthalité, ce pronostic s'atténue. N'admettez plus la distinction qui s'impose, votre acte opératoire est incertain et son succès est abandonné au hasard. Qui sait même si certains, accordant à l'adjectif septique que vous joignez à l'appellation de phlegmon sus-hyoïdien une valeur qu'il ne comporte pas dans l'espèce, ne se croiront pas désarmés alors que leur intervention devrait être suractive.

Je crois, pour ma part, que ces phlegmons dont il est question dans cette discussion, qui ressemblent à ceux que j'ai observés et à des centaines d'autres, ont un *siège précis :* ce sont des *phlegmons sublingaux uni ou bilatéraux* et je m'appuie sur mes quatre faits qui rentrent, j'y reviens encore, dans le cadre commun, et chez lesquels, je ne trouve le pus que sous la muqueuse sublinguale dans une poche étendue entre le maxillaire et la base de la langue, pour affirmer ce siège.

Que la porte d'entrée de l'affection directe par les produits de la bouche (dont les marins nous ont démontré depuis longtemps la virulence, en s'inoculant sous la peau de la jambe une faible quantité de tartre recueilli sur une épingle, en vue de produire un phlegmon diffus d'invasion rapide qui les met hors de service) que cette porte d'entrée réponde à une dent de sagesse, comme dans le cas de M. Linon, à une petite molaire, comme dans certains des

miens, — que ce soit une ulcération buccale ou une plaie des parties antérieure, moyenne, postérieure de la muqueuse du sillon, peu importe, l'infection, la suppuration tend à se généraliser dans cette gouttière d'une richesse lymphatique exceptionnelle et bien connue, dans cette atmosphère sous-muqueuse constituée par un tissu cellulaire des plus lâches et continu, le bourrelet muqueux, ce signe pathognomonique, apparaît, la langue est immobilisée et refoulée, la déglutition mécaniquement difficile ou impossible; le diagnostic s'affirme. Les faits montrent que cette période de localisation sublinguale dure quelques jours. C'est à ce moment qu'il faut agir. Et l'intervention utilisée alors n'amène pas que des liquides putrides, quelques gouttes de sérosité, mais si j'en crois mes observations et bien d'autres, l'incision livre passage à du pus odorant, infect sans doute, mais du vrai pus, en nappe ou en foyer, c'est-à-dire une collection qu'il est toujours du devoir du chirurgien d'aller chercher au point où elle se trouve.

Etant donné que ce pus est sous la langue, l'*incision de la muqueuse linguale* paraît, *a priori*, la voie la plus directe pour l'atteindre, mais le plus souvent, quand on a à traiter ces blessés, les mâchoires sont trop serrées pour qu'on puisse faire agir le bistouri sur le pli gingivo-lingual; l'ouverture risque d'être insuffisante; l'inoculation du foyer semble même devoir être facilitée par l'apport direct et incessant de nouveaux germes dans la poche très étendue et incomplètement ouverte dont la désinfection est rendue difficile à la fois par le resserrement des mâchoires et l'immobilité de la langue. Enfin parce qu'elle ne permet pas l'emploi de nos antiseptiques les plus énergiques, lesquels sont toxiques. Si toutes les incisions ne comptaient pas leurs morts, j'ajouterais même qu'on cite des observations de blessés qui ont succombé après l'ouverture spontanée de la collection purulente dans la bouche ou l'incision buccale.

L'*incision médiane* qui semble indiquée surtout dans les cas où la région sus-hyoïdienne est prise des deux côtés, risque d'être insuffisante parce qu'on la porte au niveau du raphé médian, à la limite antérieure de la poche. Certains n'ont obtenu d'elle que quelques gouttes de liquide. Alors même qu'ils eussent, en décollant le mylo-hyoïdien de chaque côté, comme nous l'avons fait, obtenu un flot de pus, cette incision me semble peu recommandable, malgré le succès qu'elle m'a donné, parce qu'elle est supérieure du fait du décubitus du blessé, qu'elle assure mal l'écoulement des liquides et rend difficile la désinfection totale de la poche.

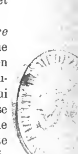
Puisque le pus est sous la muqueuse linguale, il est évident qu'on ne saurait lui donner issue par l'incision trop superficielle

Paris. — Imprimerie PAUL DUPONT (Cl.) 47.8.92. *Le Gerant* : G. MASSON.

de l'adéno-phlegmon sous-maxillaire que dans les cas déjà anciens et relativement rares où le pus a franchi les limites de la région profonde, primitivement atteinte, ou dans le cas où les ganglions sous-maxillaires eux-mêmes ont été infectés, mais cette incision ne semble pas devoir dispenser de l'ouverture large du sinus sous-lingual qu'on ne peut désinfecter qu'en le débridant largement.

Plusieurs de mes observations montrent que l'incision portée à ce niveau n'a pas amené une goutte de pus. N'est-ce pas là, soit dit en passant, la démonstration qu'il ne s'agit pas, dans ces cas, d'adéno-phlegmons sous-maxillaires, comme le pense Kœnig et comme d'autres auteurs l'ont avancé.

L'incision de choix me paraît être une *section sous-maxillaire* portée au niveau du rebord du maxillaire inférieur, coupant presque toute la région de la glande sous-maxillaire et très rapprochée en avant de la ligne médiane. L'épaisseur considérable du tissu cellulaire sous-cutané, qui atteint 4, 5 centimètres, sa consistance qui s'oppose à l'écartement facile des lèvres de la plaie qui favorise l'hémorragie des vaisseaux béants et rend délicat le pincement de ces vaisseaux force à lui donner cette étendue. Au fond de cette plaie, il faut découvrir le mylo-hyoïdien pour l'inciser ou le déchirer avec la sonde cannelée.



Ce muscle sectionné, le pus s'écoule, mais pour ouvrir largement la cavité, je crois qu'il est bon d'y introduire le doigt parallèlement au maxillaire avec prudence sans doute, mais aussi loin qu'il peut pénétrer.

Sur un de mes blessés, j'ai pu aisément enfoncer l'index jusqu'à sa base dans la partie postérieure de la poche jusqu'à sa dernière limite.

Cette incision qu'à tout prix on doit faire très hâtivement, ouvre parfois toute la cavité. Quand celle-ci se prolonge en arrière, elle rapproche du cul-de-sac du diverticule amygdalo-pharyngé. Quant à son étendue, il me semble qu'elle ne puisse guère entrer en ligne de compte quand il s'agit d'une affection si grave. Je n'hésite pas à croire que c'est à elle et à la rapidité relative avec laquelle je l'ai employée que doit être attribuée, en grande partie, la guérison de mes quatre malades.

Cette incision n'est pas tout. Elle ne constitue qu'une partie de la tâche du chirurgien. Dans ces cas de phlegmon septique, il faut en effet désinfecter la poche d'une façon incessante, au moins les premiers jours, désinfecter avec le même soin, la bouche dans laquelle le pus se déverse parfois en partie par une ouverture étroite ou large. Il serait même utile d'administrer au malade, au plus tôt, un purgatif, pour débarrasser l'intestin des produits septiques qu'il renferme.

La tête étant penchée en avant pour permettre l'écoulement facile des liquides injectés qui pénètrant dans la bouche ou le pharynx, seraient difficilement rejetés. Chez mes malades j'ai poussé avec une force croissante une solution boriquée jusqu'à ce quelle ressorte claire et j'ai répété fréquemment ces lavages dans la journée. Sur ceux chez lesquels il n'y avait pas de communication large avec la bouche je n'ai même pas craint de pousser des injections phéniquées ou sublimées.

Je crois qu'il est d'autant plus utile de faire ces lavages d'une façon incessante, que les antiseptiques employés sont le plus souvent peu actifs. Un tube a drainage qu'on enfonce quelquefois très loin facilitera les lavages et permettra d'en obtenir le maximum d'effet utile. Enfin, les topiques utilisés pour le pansement extérieur seront autant que possible, volatils.

Pour me résumer je dirai :

Si le terme d'angine de Ludwig peut être délaissé sans inconvénient, il ne me semble pas possible de méconnaître l'existence du phlegmon sublingual qu'on a surtout décrit sous ce titre : son siège, sa symptomatologie, sa gravité et son traitement spéciaux forcent à le distinguer.

Son pronostic est grave sans doute, mais sa gravité est singulièrement atténuée par des incisions hâtives, alors même qu'il est bilatéral.

En face d'un blessé présentant un gonflement ligneux uni ou bilatéral de la région sus-hyoïdienne d'apparition rapide et inflammatoire, je penserais surtout à deux affections : à un adéno-phlegmon sous-maxillaire, à un phegmon sublingual. Le blessé peut-il entr'ouvrir ses arcades dentaires, je recherche le bourrelet muqueux. Existe-t-il? le diagnostic de phlegmon sublingual s'impose. Le blessé ne peut-il écarter la mâchoire inférieure, je m'informe s'il éprouve la sensation d'immobilité de propulsion de la langue? Dans l'affirmative je pense encore au phlegmon sublingual.

Dans ce cas il ne faut pas se contenter de l'incision de l'adénophlegmon sous-maxillaire, il faut chercher le pus sous le milohyoïdien.

M. Auffret. Si j'ai demandé la parole à propos des abcès profonds du cou, c'est qu'ils sont fréquents dans nos hôpitaux et je n'exagère rien en disant que dans une période de plus de quinze ans, il n'y a pas eu une année où je n'ai ouvert plusieurs de ces abcès et je n'ai jamais eu à déplorer d'issue fatale.

En raison de cette fréquence que nous avons remarquée de bonne heure et sachant l'issue funèbre qu'ils ont quand ils ne sont pas ouverts à temps, nous nous en sommes occupés et préoccupés

depuis longtemps : quelle en est la cause, le point d'origine, le premier point suppurant, quelle est la marche habituelle ou exceptionnelle du pus, enfin quel traitement pour éviter ou pour combattre une issue funeste.

Nous croyons que *les abcès profonds du cou ont pour point de départ l'inflammation infectieuse des ganglions profonds.* Dès lors toutes les causes susceptibles d'offrir une voie par les lymphatiques de transport à ces ganglions de matière infectieuse, peuvent être suspectées.

Les ganglions profonds supérieurs qui sont presque toujours le point de départ de ces abcès reçoivent leurs lymphatiques de la bouche, de l'oreille, de la région occipitale, des amygdales, du pharynx, du larynx, de l'œsophage. Ils sont situés vers la bifurcation de la carotide primitive et le tronc linguo-facial. Eh bien, toute porte ouverte au poison sur l'un des points que nous venons d'énumérer aura ou pourra avoir sa répercussion sur les ganglions.

Mais la bouche est incontestablement la région offrant le moins de garantie, c'est-à-dire la plus contaminée (dents cariées, tartre dentaire avec les colonies qu'il abrite, jus de pipe ancienne, jus de tabac, etc.); d'autre part les érosions ou ulcérations des gencives y sont fréquentes; voilà la porte ouverte. Je ne dis pas que ce soit toujours cette voie, mais elle est fréquente. Si vous examinez le fond de la bouche pendant les premiers jours, au début, alors que les mâchoires s'écartent assez pour en examiner le fond vous apercevez presque toujours des gencives tuméfiées, imbriquant des molaires, mâchées par elles, et ici apparaît le rôle de la dent de sagesse, *moins pour les accidents spéciaux que peut produire son évolution que pour les érosions que produira son éclosion*, phénomène qui se fait à un âge où les inflammations sont plus actives, et cela dans des bouches mal tenues, aux dents cariées, véritables foyers de contamination.

Mais, est-ce là le seul foyer à incriminer? pas du tout. Nous nous souvenons d'un phlegmon profond grave qui fut occasionné par une inflammation de l'oreille. Quant à l'angine, nous ne pouvons nier la possibilité d'un transport par cette voie enflammée et surtout exulcérée, et ce n'est vraiment pas la marche des complications des angines. Je n'ai jamais vu les angines de nature phlegmoneuse ou infectieuse marcher vers les ganglions profonds. L'inflammation locale, d'abord, rallie plutôt le voile du palais et c'est entre les piliers et la luette qu'on donne issue au pus; pour ma part je ne les ai jamais vues marcher vers le cou; je ne dis pas que cela ne soit, je dis que je n'ai jamais vu. Quand les ganglions se prennent, il m'a semblé que c'étaient les ganglions superficiels, entre la parotide et la sous-maxillaire. En tout cas l'angine grave, phlegmo-

neuse, point de départ d'abcès ou de phlegmons profonds du cou, doit être une chose très rare. Et alors, en allant du plus au moins nous aurons la bouche, y compris naturellement la dent de sagesse, l'oreille ensuite, la région occipitale, puis le pharynx, l'œsophage, le larynx dont les inflammations peuvent se propager, surtout s'il y a des plaies, des érosions.

Le degré de gravité que prendra la maladie dépendra ensuite de plusieurs motifs : la dose du poison transporté, le degré de réceptivité du sujet, fatigué, surmené physiquement, continuant son service quoique déjà malade, sous le prétexte que cela n'est rien... mais peut-être avant tout le manque de soins, les mauvais soins insuffisants dus à la lenteur ou à l'absence d'une intervention. Car, je le dis déjà ici, cette affection est toujours chirurgicale.

Voilà donc les ganglions profonds pris et le pus en voie de se former ou même collecté. Ce foyer purulent sera séparé des téguments par l'aponévrose cervicale superficielle et par la toile cellulaire qui complète en haut l'aponévrose cervicale moyenne, aponévrose appelée omo-claviculaire au-dessous de l'omoplate hyoïdien, mais réduite généralement au-dessus de ce muscle à l'état de toile celluleuse. Le pus usant facilement cette toile en aura raison et viendra le plus souvent faire saillie assez superficiellement et s'offrir au scalpel du chirurgien. Mais si on n'incise pas, le pus, plutôt que de perforer l'aponévrose superficielle ou même tout en la trouant d'une manière insuffisante, se fraiera une sortie plus bas en passant entre cette aponévrose et l'omo-claviculaire et viendra stagner dans l'espace prismatique dont la clavicule fait la base. Un signe en quelque sorte pathognomonique de cette filtration est l'œdème sus-claviculaire et la rougeur et le gonflement du creux susternal. A la rigueur il est encore temps de le saisir là, sinon il va passer du côté opposé et remplir le cou.

Mais si au lieu d'une toile cellulaire, la partie supérieure de l'aponévrose moyenne est épaisse et résistante comme l'ont décrite certains anatomistes et comme il nous est arrivé quelquefois à nous même de la rencontrer dans nos dissections, le pus collecté profondément auquel on n'aurait pas donné issue de bonne heure fusera le long des vaisseaux et le long de ces centres dans la poitrine. Tel était probablement le cas dans les observations dont on vous a parlé l'autre jour. Le cou prend alors l'aspect d'un cylindre cuivreux, bronzé, la tension est d'autant plus grande que les aponévroses ne cèdent pas, et malgré tout, si l'on entreprend de lui donner issue, le coup de scalpel devra être encore profond sous peine de ne rien fournir, et on n'aura encore rien gagné de ce côté à attendre.

Du reste ici, la thérapeutique pour être efficace et pour conjurer

les symptômes alarmants doit toujours être chirurgicale et rapide : on se servira du scalpel ou du thermo-cautère. J'ouvre toujours un abcès dès que je soupçonne le pus et avant qu'il y en ait, par des incisions précoces, pas très longues, mais profondes et infundibuliformes, et c'est à cette pratique à laquelle je n'ai jamais failli que j'attribue de n'avoir jamais eu de décès à déplorer. Elles donnent issue le deuxième jour à défaut du premier à un pus épais, sortant péniblement, mais dont un drain profondément placé dans la fente de l'aponévrose, ce qui demande quelque attention, et des injections antiseptiques chaudes faciliteront la sortie. Je connais en revanche quatre cas de mort pour n'avoir pas été incisés ou l'avoir été trop tard.

J'ai vu une ou deux fois le débridement précoce enrayer le mal, sans suppuration. Mais il peut se faire, nous l'avons dit, que le pus n'apparaisse que le lendemain aidé par une sonde cannelée. D'autres fois, la première incision ne donnant rien, il faudra inciser plus bas : c'est que le scalpel a donné sur une loge indemne et n'a pas levé l'étranglement; c'est à recommencer. Mais, si au contraire, pour un motif ou pour un autre, l'abcès fuse, l'inflammation se généralise, le cou se prend en grand et se remplit, il n'y a que les larges débridements qui pourront prétendre à sauver la malade.

Il faut encore mentionner le cas où l'abcès use l'aponévrose sous-maxillaire et se vide dans la bouche. Je l'ai observé; mais il ne faut pas en tirer un pronostic autrement heureux, car j'en citerai plus bas une observation qui ne se termina pas moins par la mort.

Si je n'ai pas eu de cas mortels, j'en connais plusieurs qui l'ont été : Je fus appelé une fois près d'un homme qui se mourait d'une semblable affection; la respiration était devenue impossible; je pratiquai séance tenante la trachéotomie qui lui accorda une survie de quelques heures. Le cou avait déjà été incisé sans soulagement. Mais ces opérations *in articulo mortis*, qui sont un devoir, sont ce que j'appelle les derniers sacrements chirurgicaux, rien de plus; quand le malade en est là, il est perdu.

Je connais encore un cas récent qui s'est terminé par la mort; mais je n'ai vu ce malheureux (28 ans) que lorsqu'il n'existait plus. D'après des renseignements précis, il avait porté quatre jours sur pieds un mal de dents avec fluxion, *à droite*, tout en faisant un service très actif dans des conditions peu hygiéniques. Nouvellement marié, il avait refusé obstinément l'hôpital à son médecin qui l'engageait vivement à y entrer. Le quatrième jour il se coucha puis sentit une détente : il s'était produit ce que j'ai signalé plus haut; le pus avait usé l'aponévrose sous-maxillaire et s'était écoulé par la bouche. Mais cette issue étant insuffisante, la suppuration avait continué son œuvre, avait fusé entre les aponévroses omo-

hyoïdienne et cervicale superficielle, avait rempli le cou *à gauche* et c'est là qu'une incision avait été pratiquée. L'état s'aggravant, et la mort semblant inévitable, il avait été porté d'office à l'hôpital où il mourait subitement peu après son arrivée. Le malade ne m'appartenait pas, mais j'eus l'occasion de voir le cadavre le lendemain. Il avait un cou de taureau, bronzé, fortement empâté portant les traces d'une incision livide à gauche, point opposé à celui par lequel avait débuté le mal, la fluxion, me dit-on. Malheureusement il fut impossible de pratiquer l'autopsie. Mais si je puis porter un jugement *post mortem* sur ce fait, pour moi le pus a fusé d'un côté à l'autre du cou en suivant les interstices sus-claviculaires entre les aponévroses moyennes et superficielles, mais après avoir profondément disséqué le cou à droite, car il n'est pas douteux que les ganglions profonds jugulaires et carotidiens, aient été les premiers pris et le pus n'ayant pas d'issue, plutôt que de rompre les aponévroses superficielles s'était frayé un chemin en haut dans la bouche, d'où venait primitivement le mal, en faisant éclater l'aponévrose sous-maxillaire, en bas en suivant la route anatomique que nous avons indiquée déjà.

Nous pourrions citer trois autres observations analogues, résultant d'incisions insuffisantes ou tardives. Nous concluerons :

Les abcès profonds du cou sont le résultat d'une infection des ganglions profonds du cou. Les phlegmons consécutifs avec fusées sont le résultat d'incisions insuffisantes au début et quelquefois nulles, à part quelques cas très rares qui sont peut-être au-dessous de toute observation.

La thérapeutique, chez eux, pour éviter ces accidents consiste à pratiquer le plus tôt possible les débridements aponévrotiques profonds suivis de pansements antiseptiques.

M. Gérard-Marchant. Le très intéressant rapport de notre collègue Nélaton a soulevé plusieurs mentions : 1° *La pathogénie des accidents dus à l'évolution de la dent de sagesse ;* 2° *La gravité de certains phlegmons sus-hyoïdiens.*

Au point de vue de l'origine des accidents provoqués par la dent de sagesse, je crois que les deux opinions qui ont été avancées peuvent être soutenues.

Il est incontestable que dans beaucoup de cas l'*adéno-phlegmon*, les *fistules* reconnaissent pour cause *une ulcération de la muqueuse* qui coiffe incomplètement la couronne de la dent; il existe *une solution de continuité* par laquelle l'infection se produit. Il suffit quelquefois d'assurer l'asepsie banale par un lavage répété, de cette cavité pour voir disparaître les accidents.

Bien autrement rebelles, difficiles à traiter, sont les cas dans

lesquels les dents de sagesse *primitivement malades*, sont l'occasion de périostites, de phlegmon sous-angulo-maxillaire. Je dis des dents de sagesse primitivement malades, car il y a des examens de M. Galiffe qui ne laissent pas de doute sur *l'envahissement microbien* dont la dent de sagesse est le siège. Dans ces cas la muqueuse peut ne pas être malade, et la seule thérapeutique qui convient est l'ablation de la dent malade.

La gravité de certains phlegmons du cou m'a frappé et je m'associe aux remarques de MM. Nélaton, Quénu, Reclus, Bazy. J'ai trouvé comme eux cette forme suraiguë, le phlegmon sus-hyoïdien, qui tue en quelques jours, quelle que soit la thérapeutique employée.

Pendant que je remplaçais M. Perier, à l'hôpital Lariboisière en août 1890, j'ai observé un homme de 33 ans, le nommé Ren (Jules), qui a succombé à un *phlegmon du cou*, que nous avions diagnostiqué : *adéno-phlegmon gangréneux*. Voici l'observation telle qu'elle m'a été remise par M. Jaile, interne des hôpitaux.

Entré le 10 avril 1890, salle Ambroise-Paré, n° 17. Malade depuis huit jours. Céphalalgie et maux de dents au début.

11 *août*. Ce matin, le malade donne les renseignements précédents : Pas de délire cette nuit ; œdème de toute la moitié droite de la face ; œdème des paupières ; paralysie faciale ; œdème de la région cervicale supérieure droite ; sonorité à la percussion. Pas de fluctuation.

Incision de 3 centimètres environ au niveau et parallèlement au bord inférieur du maxillaire inférieur qui est dénudé ; il ne sort pas de pus. Liquide roussâtre et sanguinolent, d'odeur putride.

12 *août*. Cette nuit le malade a eu du délire, et ce matin il se trouve dans le même état d'agitation. Le pansement exhale une odeur infecte; l'œdème a augmenté ; il ne s'écoule pas de pus par la plaie, dont les bords sont ternes. A travers les lèvres de cette plaie, on voit le tissu cellulaire, de couleur grisâtre.

On se trouve en présence d'une infiltration diffuse gazeuse.

13 *août*. Même état général. Nuit très agitée. Pansement. Injection de teinture d'iode dans la plaie, et plus haut, au niveau de la parotide, avec la seringue de Pravaz.

14 *août*. Aggravation de l'état général. Le malade est plus abattu.

L'œdème a augmenté et tend à passer du côté droit sous le menton. Il a envahi la nuque en arrière.

Incision dans la région médiane sus-hyoïdienne. Il s'écoule du pus (environ 30 grammes). Passage de deux grands drains dans la région du cou.

4 heures du soir. Pansement exhale une odeur infecte. En pressant au niveau de la région parotidienne, il s'écoule beaucoup de pus par la plaie qui est au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur.

Lavage au sublimé ; mouchetures au niveau de la région de la joue droite.

15 *août*. Même état.

16 *août*. Agitation moins grande.

17 *août*. L'état local s'est un peu amélioré ; mais les incisions étant trop étroites pour donner une issue facile au liquide sanieux et légèrement purulent qui infecte le tissu cellulaire de la région, on pratique une nouvelle incision à la joue droite : incision mesurant environ 3 centimètres et demi de longueur, transversale, à 2 centimètres environ au-dessus du canal de Stenon. Sous le bord du maxillaire inférieur, à gauche, large incision de 10 centimètres, qui permet de supprimer le drain, tout le trajet étant à découvert. L'incision première de droite est agrandie.

Depuis deux jours, on fait quatre pansements par jour et trois pulvérisations.

18 *août*. État local très amélioré. L'œdème de la face a diminué à tel point que l'infiltration des paupières a presque complètement disparu.

Le délire n'existe plus depuis hier, et le malade répond parfaitement aux questions qu'on lui pose. Mais l'affaiblissement s'accentue, le malade refusant de s'alimenter.

19 *août*. Localement l'amélioration continue. Mais le malade est dans un état demi-comateux ; pouls et respiration très fréquents.

Autopsie (21 *août*). — Tous les viscères sont sains. Rien dans les séreuses.

Cerveau : un peu d'œdème et de dilatation des vaisseaux, surtout accentuée à gauche.

L'examen bactériologique a été fait par mon collègue Veillon, qui a *trouvé un microbe* anaérobie non décrit jusqu'ici.

La dénudation maxillaire me semble être un phénomène anatomo-pathologique important : cette lésion osseuse rapprochée de la marche si particulièrement insidieuse rappelle les caractères des ostéomyélites graves. Il faut, je crois, ne pas perdre de vue cette altération osseuse, et se comporter vis-à-vis d'elle comme s'il s'agissait d'une ostéomyélite (trépanation, résection.

Cette variété de phlegmon suraiguë des parties latérales du cou ne saurait être confondue avec le phlegmon sous-lingual dont M. Delorme vient de nous rappeler les caractères primordiaux. Il n'existait pas cet œdème sous-muqueux et sus-lingual, qui est révélateur d'une phlegmasie au-dessus du mylo-hyoïdien.

Je désire vous parler encore de certaines formes de phlegmon du cou qui ont une marche sub-aiguë, ou même chronique, et qui sont embarrassants au point de vue de leur pathogénie et de leur thérapeutique.

Voici d'abord un homme de 51 ans, le nommé B... qui est pris en décembre 1890, d'un *phlegmon sus-hyoïdien*. Le 12 janvier 1891, il entre dans un des grands hôpitaux de Paris, où on cons-

tate *un phlegmon sus-hyoidien d'une dureté ligneuse*, et occupant tout le côté droit : deux incisions sont faites dans la région sus-hyoïdienne médiane et latérale, mais elles ne donnent pas issue au pus. Lorsque, en mars 1891, ce malade se présente à l'hôpital Läennec, dans le service du Dr Nicaise, toute la région sus-hyoïdienne et la joue droite étaient transformées en une zone épaissie, rouge. Il existait une série de fistules sus-hyoïdiennes. Le pus qui s'écoulait était séreux, contenant ainsi des produits vermicelleformes, caséeux, dont il a été question dans la dernière séance. Les orifices laissaient jouer des fongosités.

La bouche était close par suite de la contraction des masseters, et, lorsque, après des manœuvres répétées, nous pûmes suspecter le système dentaire, nous constatâmes la carie de la plupart des dents de la rangée droite.

Je fis voir ce malade à M. Galippe, et après avoir constaté une dénudation du maxillaire, nous fûmes d'avis qu'il s'agissait d'une ostéo-périostite du maxillaire avec sequestre.

Je passe sur la fièvre et ces phénomènes d'infection auxquels était en proie le malheureux lorsqu'il se présenta à nous.

L'opération que je fis à ce malade, le 28 mai 1891, consista à fendre en commissure de la lèvre jusqu'au bord antérieur du masseter, de façon à mettre à découvert la zone alvéolaire du maxillaire. J'enlevai presque toutes les dents [1], réséquai la portion malade du maxillaire, enlevai et raclai toutes les fongosités qui siégeaient dans la rainure alvéolaire, refermai une incision cutanée. Ce malade a mis six mois à guérir. Mais je suis heureux de vous le présenter guéri, et en le voyant on ne se doute guère de l'état lamentable dans lequel il était ; on reconnaît à peine la trace de l'incision de la joue [2].

Dans ce même service, j'ai observé un autre malade tout jeune encore atteint de cette affection décrite par M. Galippe, sous le nom *gingivite arthro-dentaire infectieuse*, par M. Magitot sous le nom d'arthrite alvéolaire symptomatique, plus anciennement connue sous le nom de pyorrhée alvéolaire.

Cette gingivite infectieuse donna lieu à un phlegmon grave sus-hyoïdien pour lequel ce jeune homme entra à Laënnec. L'incision que je fis dans la région sus-hyoïdienne, à quelques centimètres du rebord du maxillaire, donna issue à du pus fétide, mais ne remédia en rien aux phénomènes locaux et surtout ne modifia en rien

[1] M. Galippe dut arracher ultérieurement une dent, cause d'une fistule croissante.

[2] Double plan de sutures cutanées et compressives, et respect de la commissure par une incision qui n'intéresse pas l'angle et commence à un demi-centimètre au-dessous de la rencontre des lèvres supérieure et inférieure.

les accidents septiques graves auxquels le malade fut en butte. Sa fièvre dépassa 41°. Après des pressions multiples, nous constatâmes des abcès, des localisations articulaires et enfin un état pulmonaire qui simulait la phtisie et s'accompagna même d'hémoptysies répétées.

Ces faits d'infection ont été bien étudiés par M. Galippe dans une communication qu'il a faite au Congrès médical international de Berlin.

Comme les incisions répétées et la désinfection par les drains laissaient persister les accidents locaux et généraux graves; que la fétidité de l'haleine prenait sa source dans cette transformation purulente des gencives; comme j'avais constaté la dénudation du maxillaire, je fus d'avis, avec M. Galippe, d'enlever les dents, de réséquer les portions malades du maxillaire.

Après cet évidement, cette ablation partielle du maxillaire, les phénomènes locaux s'amendèrent, la fièvre tomba, la septicémie subit un temps d'arrêt. Lorsque le malade quitta l'hôpital pour retourner dans son pays, il était amélioré, mais il portait encore l'empreinte des accidents graves qu'il avait parcourus, et je n'oserais pas vous affirmer qu'il n'a pas succombé.

En résumé, je pense que, dans les phlegmons sus-hyoïdiens, il y a une large part à l'*infection gingivale*, et que le meilleur moyen de remédier aux accidents septicémiques locaux et généraux, c'est d'agir rapidement et largement sur le maxillaire.

Je désire enfin vous dire un mot de certains phlegmons sus-hyoïdiens dont le diagnostic avec l'épithélioma est difficile à établir.

A la suite des gingivites infectieuses, on observe une transformation ligneuse des téguments, des abcès, des fistules, et lorsqu'on n'est pas prévenu de ces modifications dues à des *auto-inoculations*, on peut croire à des *tumeurs malignes*. M. Galippe a publié une observation de ce genre dans la communication à laquelle j'ai déjà fait allusion.

Mais il existe aussi, en dehors de ces faits, des épithéliomas soit du *maxillaire*, soit du *plancher buccal*, qui donnent lieu à des phlegmons *chroniques sus-hyoïdiens*.

J'ai observé cette année même à Laënnec un homme de 45 ans, entré dans le service de M. Nicaise pour un phlegmon *sus-hyoïdien du côté gauche*. Une incision pratiquée le 18 janvier donna issue à du pus; mais malgré un drainage bien fait, la suppuration continua.

Lorsque je vis le malade, tous les tissus sus- et sous-maxillaires étaient transformés en une paroi épaisse, d'un rouge violacé, *faisant corps avec l'os*. Une de ces fistules avait ses bords renversés en

dehors et laissait voir des bourgeons charnus saignant au moindre contact.

Peu de douleur à la pression. Ganglions dans la face sus-claviculaire.

Un stylet permit de constater la dénudation du bord inférieur du maxillaire. Les dents sont saines.

Il existe une légère induration au niveau du plancher buccal, au niveau des glandes sub-linguales.

Sans avoir de diagnostic précis, je me décidai à une opération qui consista à découvrir le bord inférieur du maxillaire, après avoir réséqué la plus grande partie de la peau malade. Les portions malades du maxillaire furent enlevées.

Douze jours après cette intervention, des bourgeons fongueux, mollasses, saignant facilement, faisaient issue à travers l'incision. Et, le 15 mai dernier, le malade était emporté par une infection cancéreuse.

L'examen histologique révéla du tissu fibreux, découpé par des travées épithéliales ramifiées et anastomosées. Il s'agissait d'un *épithélioma pavimenteux tubulé*, ayant eu son point de départ probablement dans les glandes sub-linguales.

Présentation de malade.

Suture de la rotule par un procédé nouveau (cerclage de la rotule).

M. Berger. La petite fille que je vous présente était entrée dans mon service, il y a quatre ou cinq mois, pour une fracture de la rotule ; celle-ci était cassée près de la pointe, de telle sorte qu'il existait deux fragments, l'un supérieur comprenant la presque totalité de cet os, l'autre inférieur très petit. Il n'y avait que peu d'épanchement dans le genou ; les fragments pouvaient aisément se rapprocher ; je plaçai le membre dans l'extension et dans l'élévation au moyen d'une gouttière plâtrée postérieure. Les fragments étaient maintenus au contact par des bandelettes de diachylon qui s'entrecroisaient sous le jarret. Cet appareil fut surveillé avec soin ; néanmoins, quand je l'enlevai, je pus constater que la consolidation faisait entièrement défaut. L'écartement des fragments réapparut et augmenta même dès qu'ils furent laissés en liberté. Il y avait de plus une impotence fonctionnelle complète du triceps : l'extension active de la jambe sur la cuisse était et resta impossible ; dans la flexion du genou, on voyait augmenter notablement l'intervalle qui séparait les fragments.

Je résolus de pratiquer la suture des fragments ; je découvris ceux-ci ; j'avivai quelque peu leurs faces opposées ; mais dès que je voulus perforer le fragment inférieur, qui n'avait pas plus de 1 centimètre carré de superficie, ce fragment se fractura en deux parties trop petites pour qu'on put songer à les traverser au moyen d'un fil d'argent. Je me décidai, séance tenante, à remplacer la suture proprement dite par un enroulement, un véritable *cerclage* de la rotule avec un fil d'argent suivant toute la circonférence de l'os et rassemblant ses fragments.

Au moyen de l'aiguille de Reverdin, je passai donc un fort fil d'argent parfaitement aseptique au niveau des insertions du tendon du triceps au bord supérieur de la rotule, puis dans les insertions tendineuses qui se font sur les bords de cet os, au ras même de l'os, enfin au-dessous du fragment inférieur dans les insertions du ligament rotulien à ce fragment. La rotule étant ainsi environnée d'un fil d'argent qui l'entourait en cercle, les fragments furent rapprochés, le fil tendu et ses extrémités tordues, puis coupées au ras et rabattues sur l'os, où elles furent intimement appliquées par quelques coups de rugine. Une suture périostique et une suture superficielle terminèrent l'opération ; le membre fut placé dans une gouttière plâtrée.

Les points de suture superficiels furent retirés au bout de douze jours : la réunion par première intention était complète. Au bout de quarante jours, l'appareil fut enlevé ; la consolidation paraissait complète, mais il y avait un peu de raideur du genou. Celle-ci a complètement disparu aujourd'hui ; les fragments sont en contact intime et paraissent solidement unis ; ils sont toujours entourés par le fil d'argent perdu dans la profondeur des tissus fibreux ; le triceps a recouvré toute sa force, et l'extension active du membre est normale. La marche se fait sans aucune boiterie.

Ce procédé, qui n'a pas encore été employé à ma connaissance, diffère de celui de Max Schede, dans lequel les deux fragments rotuliens sont réunis par une ligature antéro-postérieure s'appliquant sur les faces antérieure et postérieure de l'os divisé et traversant par conséquent l'articulation. Le genre de cerclage auquel j'ai eu recours a sur celui-ci l'avantage de faire passer le fil dans les tissus fibreux en dehors de l'articulation, de telle sorte que les complications que pourrait déterminer la présence de ce fil resteraient, si elles venaient à se produire, toujours extra-articulaires. On les évitera, d'ailleurs, d'une manière certaine en prenant des précautions antiseptiques suffisantes. On voit que le fil servant à la ligature peut être laissé à demeure sans aucun inconvénient.

La suture osseuse véritable me paraît cependant devoir être préférée pour les cas ordinaires ; mais quand l'un des fragments

est très petit, que l'os est friable et n'offre pas une pointe d'appui solide à la suture, lorsque les fragments sont très multiples et la fracture très irrégulière, on peut avoir recours avec avantage au procédé de contention que je viens d'employer et de décrire et pour lequel je propose le nom de *cerclage* de la rotule.

Discussion.

M. Quénu. J'ai présenté un malade ayant eu une *fracture comminutive* de la rotule, dans laquelle la multiplicité des fragments ne permettait pas de faire une suture régulière. Je fis la réunion en me servant du périoste et en réunissant les petits fragments par une série d'anses de fil n'intéressant que le tissu fibreux périrotulien. Pourquoi M. Berger n'a-t-il pas employé un procédé analogue ?

M. Berger. J'ai renoncé à la suture osseuse directe parce que le petit fragment avait éclaté sous l'action du perforateur ; en outre, je ne savais pas quelle était la résistance du tissu périostique.

Comité secret.

La Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Jalaguier sur les titres des candidats aux places de membres correspondants nationaux.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 20 juillet 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Notes et recherches originales*, par M. V. Galippe. Paris, 1891 ;

3° *Archives provinciales de chirurgie*, 1re année, n° 1, juillet 1892.

Communication.

Kyste hydatique de la rate; laparotomie; guérison, par le Dr Mordret fils (du Mans).

(Commission : MM. Tillaux, Reynier; Bouilly, rapporteur.)

Suite de la discussion sur les phlegmons du cou.

M. A.-H. Marchand. Dans la description des phlegmons graves du cou, il importe de ne point considérer comme des formes particulières, méritant une description spéciale, des incidents qui ne sont en réalité que des complications, je dirai volontiers, nécessaires de l'affection laissée à elle-même ou insuffisamment traitée.

J'ai depuis quelques années observé un certain nombre de cas montrant que, si des complications graves à expressions symptomatiques variées, peuvent survenir, il est possible dans tous les cas de ramener à deux formes primitives les phlegmons de la région cervicale profonde, causes primitives de ces multiples méfaits.

a. Les phlegmons profonds du cou, sous-aponévrotiques prennent naissance dans deux régions distinctes : ou bien dans la gaîne vasculaire et fort souvent dans la portion qui correspond à la bifurcation de la cariotide primitive ; en second lieu, dans la région maxillo-pharyngienne, que l'on pourrait appeler rétro-maxillaire.

Si ces deux variétés peuvent présenter des phases évolutives communes, il n'en est pas moins établi qu'elles diffèrent au début par les symptômes qu'elles déterminent, et surtout par leur raison étiologique.

Les phlegmons qui débutent par la gaine des vaisseaux du cou proprement dits, sont tous dus à des adénites ou des lymphangites profondes infectieuses ; l'inoculation des tissus ne se fait que d'une façon indirecte et par la voie lymphatique.

Bon nombre de phlegmons à début rétro-maxillaire tiennent à des périostites du maxillaire consécutives elles-mêmes, soit à la carie dentaire et aux périostites radiculaires qui en sont la conséquence, soit à des traumatismes véritables (extraction de dents compliquées de fractures du bord alvéolaire). Parfois on les voit naître à la suite de lymphangites pharyngiennes, consécutives aux diverses inflammations de l'arrière-gorge.

Ces phlegmons, du reste, à côté de différences sensibles dans la marche, offrent certains traits communs avec ceux de la première catégorie, puisqu'ils peuvent envahir la gaine des vaisseaux après avoir débordé dans la région sus-hyoïdienne. Ce sont ceux que l'on voit le plus fréquemment se compliquer de ces accidents septiques signalés par bon nombre de chirurgiens, et leur imprimant une gravité toute spéciale.

b. Voici, rapidement exposés, quels sont les caractères et les principaux accidents évolutifs des deux variétés que je signale :

1° Les adéno-lymphites pré-carotidiennes sont naturellement sous-mastoïdiennes. Elles constituent des tuméfactions allongées dans le sens du muscle et qui peuvent occuper toute la hauteur du cou. Elles ont une grande tendance à fuser soit en haut très-profondément du côté de l'espace maxillo-pharyngien, soit vers la base du cou ou même le médiastin antérieur. La tuméfaction est diffuse, d'une très grande dureté, parfois comme ligneuse. Il est très rare qu'on puisse y constater autre chose qu'une fluctuation très profonde, peu nette en général ; souvent même la consistance est telle qu'elle pourrait donner le change et faire croire à une adénopathie maligne secondaire.

J'ai observé trois fois, dans des phlegmons de ce genre, des signes très sérieux de sténose respiratoire. La dyspnée peut être assez intense pour que l'on ait songé à pratiquer la trachéotomie

d'urgence. La mort a été parfois la conséquence de cette complication qui heureusement n'atteint pas toujours une gravité aussi grande.

Un soir, on admit dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, un malade âgé de 45 ans environ, qui présentait une vaste tuméfaction phlegmoneuse de toute la région cervico-latérale droite.

Cette affection s'était développée rapidement dans l'espace de quelques jours chez un individu d'apparence moyenne, chez lequel il fut impossible d'établir une donnée étiologique bien certaine.

Le malade présentait en même temps que cette vaste tuméfaction très dure, qui avait envahi jusqu'à la peau devenue rouge et œdémateuse, une dyspnée intense, avec raucité de la voix.

L'interne trouva le cas assez grave et demanda conseil à quelques-uns de ses collègues. Tous décidèrent, d'un commun accord, qu'il y avait lieu à intervention immédiate. Le plus âgé des consultants, interne alors de troisième année, très sérieux et très instruit, fut chargé de tenir le bistouri.

Il fit hardiment, et dans une bonne place, une incision parallèle au bord interne du sterno-mastoïdien de 0,08 centimètres environ. Après avoir divisé une couche assez épaisse de tissus et n'atteignant aucun foyer purulent, l'opérateur qui n'était pas encore suffisamment familiarisé avec la région, jugea prudent de s'arrêter. Le malade éprouva d'ailleurs un léger soulagement, mais le lendemain les phénomènes dyspnéiques avaient reparu et je trouvai à ma visite ce malade très souffrant et presque asphyxique.

Je complétai immédiatement l'opération commencée la veille en divisant l'aponévrose cervicale. Je tombai sur un vaste foyer sous-mastoïdien qui déviait la trachée fortement du côté gauche et s'étendait si loin vers la base du cou, que je dus pratiquer une contre-ouverture sous le bord postérieur du sterno-mastoïdien au niveau du triangle sus-claviculaire.

Les accidents cessèrent immédiatement et le malade guérit sans aucun incident.

Il n'est guère douteux que le pus n'eût fusé plus profondément si, le malade résistant aux phénomènes de sténose respiratoire, l'intervention eût été différée, ou fût restée ce qu'elle avait été primitivement.

J'ai eu l'occasion de constater à l'hôpital Saint-Louis, depuis deux ans, deux cas qui présentèrent, avec le précédent, une grande ressemblance.

L'un d'eux concernait un malade amené du dehors avec une tuméfaction sous-mastoïdienne très allongée, dure et cependant obscurément fluctuante. L'affection remontait à une douzaine de jours et avait été s'aggravant peu à peu. Il existait une dypsnée très marquée

ainsi qu'une gêne notable de la déglutition. Les internes du service agitèrent la question de savoir si une trachéotomie ne devrait point être pratiquée d'urgence. On crut devoir attendre, et avec raison, puisque je pus le lendemain établir qu'il s'agissait d'un phlegmon profond du cou, que j'incisai séance tenante. Ici je fis, comme dans le cas précédent, une incision parallèle au bord interne du sterno-mastoïdien, intéressant tous les tissus jusqu'à la gaine des vaisseaux, pour tomber sur un foyer volumineux qui put être complètement évacué, aseptisé, drainé à la gaze iodoformée, et se cicatrisa rapidement et sans encombre.

Dans un troisième cas, beaucoup moins grave que les deux précédents en ce sens qu'il ne s'accompagnait d'aucun accident de compression, une seule incision ne parvint point à arrêter la marche du mal. Six jours après la première opération qui, en raison de la situation de la tuméfaction, avait dû être pratiquée assez haut, les accidents continuant et se dirigeant vers la partie inférieure de la région, je dus pratiquer une nouvelle incision qui, cette fois, avait son extrémité inférieure au niveau de la clavicule, et était parallèle au bord postérieur du muscle.

c. Pour me résumer, je crois donc pouvoir établir qu'il existe une variété de phlegmon profond du cou développé dans les ganglions pré-carotidiens, ou à leur périphérie, lesquels sans offrir des tendances destructives très accentuées, donnent lieu en raison de leur situation anatomique même, à des accidents de compression sur les organes viscéraux du cou; ceux-ci dans quelques circonstances, si un traitement convenable n'est point intervenu à temps peuvent faire courir de sérieux dangers par les phénomènes dyspnéïques qu'ils entraînent et les fusées purulentes qu'ils envoient vers le médiastin. L'incision profonde, précoce, sous-aponévrotique, analogue en tout point à celle que nécessite la ligature de l'artère carotide vers sa bifurcation, suivie de l'évacuation et de l'aseptisation du foyer coupe court aux accidents. Parfois cependant on a été obligé par suite de l'étendue du foyer ou de la marche de l'affection de pratiquer une contre-ouverture à la base du cou et derrière le sterno-mastoïdien.

On comprend d'autre part que si ces foyers sont méconnus, de graves complications en puissent résulter. C'est d'abord la diffusion de la suppuration primitivement enkystée, vers les régions inférieures du cou ; puis en haut sous la parotide, sur le trajet de la carotide interne. Ultérieurement, si la mort ne survient pas plus tôt, les tissus cervicaux superficiels deviennent œdémateux, par infiltration plastique ; la région en totalité revêt l'aspect décrit autrefois sous le nom de phlegmon large du cou.

Les accidents de compression signalés plus haut s'aggravent irré-

gulièrement. Dans des cas heureux, l'aponévrose cervicale se perfore en plusieurs points puis se forment des foyers purulents multiples au niveau desquels la peau s'ulcère, ou se sphacèle.

d. La dernière variété des phlegmons profonds du cou se développe primitivement dans l'espace maxillo-pharyngien.

La raison étiologique de ces derniers est bien plus nette que dans la variété précédente. Presque toujours on les voit succéder à des lésions dentaires; parfois à des angines infectieuses. C'est là le véritable phlegmon grave de la dent de sagesse, que cette dernière soit mise en cause directement (ce qui est le cas le plus fréquent, je pense) ou que ce soient des lymphangites gingivales dont elle peut être la cause indirecte.

J'ai pu observer dans un cas de ce genre qu'une tentative d'avulsion dentaire avait fracturé le bord alvéolaire. Il en était résulté une périostite donnant lieu à une suppuration intra-buccale très fétide. Bientôt les accidents s'aggravèrent, un cul-de-sac descendit peu à peu sur la face interne de la branche montante. Enfin deux jours après, survinrent les symptômes d'un phlegmon maxillo-pharyngien qui, sans un traitement énergique, aurait pris les proportions les plus fâcheuses.

J'ai vu dans un autre cas les accidents périostiques semblables avoir pour point de départ la dernière grosse molaire gauche. Le phlegmon débute vers l'angle du maxillaire et envahit rapidement la région sus-hyoïdienne latérale remontant très haut derrière la branche ascendante et se propageant en bas et en dehors dans la région carotidienne.

Quoi qu'il en soit, l'affection débute par un empâtement profond de la région sous-maxillaire, qui gagne la région massétérine et s'accompagne constamment d'une contracture serrée des maxillaires.

J'ai pu constater dans trois cas la malignité extrême de ce phlegmon dont la septicité excessive et les accidents qui en dérivent sont bien plus marqués que dans la forme sous-mastoïdienne primitive. A un empâtement profond et périphérique accompagné de constriction du maxillaire s'adjoignent rapidement une dysphagie fort gênante pour les malades; des accidents dyspnéïques moins marqués, il est vrai, que dans la forme précarotidienne, mais déterminant cependant un état d'angoisse fort pénible. L'examen intra-buccal que j'ai pu pratiquer complètement sous le chloroforme rend compte de ces deux phénomènes. Je trouvai, en effet, la région latéro-pharyngienne, correspondant à l'excavation de l'amygdale, formant une saillie dure rénitente qui rétrécissait notablement l'isthme du gosier et refoulait en dedans le voile du palais dont l'action se trouvait ainsi paralysée. J'ai

vu de même la région sus-hyoïdienne latérale se prendre elle-même, jusqu'au voisinage de la ligne médiane. Enfin, secondairement et si un traitement en rapport avec l'état anatomique de l'affection et le siège de cette dernière n'est pas intervenu à temps, le phlegmon atteint la région carotidienne et gagne la base du cou en produisant des accidents destructifs plus intenses et plus rapides que ceux du phlegmon pré-carotidien.

Dans quelques cas exceptionnels, une collection rétro-maxillaire a pu se faire jour brusquement en perforant la paroi pharyngienne, et déterminer brutalement des accidents asphyxiques auxquels les malades ont succombé tout à coup.

J'ai observé quatre cas de cette variété de phlegmon profond du cou, dont l'un avait une gravité extrême. Il s'agissait d'un malade âgé de 35 ans pour lequel je fus appelé en ville. Je trouvai une tuméfaction énorme de toute la région cervico-latérale gauche débordant la ligne médiane. Les régions parotidienne et maxillaire étaient très tuméfiées, la peau était œdématiée et très tendue. Nonobstant cet état local grave, la dyspnée était légère, mais la déglutition impossible. De plus, l'abcès s'était fait jour partiellement par la bouche, et donnait lieu à un écoulement peu abondant, mais très fétide.

Je fis deux longues incisions; plus une contre-ouverture dans le triangle sus-claviculaire. La première incision commençait à la partie moyenne de l'espace parotidien, contournait l'angle du maxillaire pour se terminer presque au niveau de la glande sous-maxillaire. Je décollai le tissu après incision de l'aponévrose et tombai sur le foyer profond qui communiquait avec la bouche. Je fis ensuite une très longue incision pré-carotidienne descendant au-dessous de la partie moyenne du cou ; et enfin une contre-ouverture dans le triangle sus-claviculaire.

L'origine était nettement dentaire puisque l'affection avait succédé à une extraction de la dernière grosse molaire. Nonobstant ces graves lésions, le malade guérit après une longue suppuration, et élimination de lambeaux de tissus sphacélés, comme s'il s'était agi d'un phlegmon diffus véritable.

Le deuxième cas a trait à une jeune fille entrée dans mon service de Saint-Louis, l'année dernière et qui avait été envoyée à la médecine avec une tuméfaction sous-maxillaire qui arrivait jusqu'au niveau de la région pré-carotidienne. La tuméfaction semblait indolente et la malade était apyrétique. Je ne crus point à la nécessité d'une intervention immédiate et attendis la marche des événements.

A quelques jours de là, la malade fut prise d'accidents dyspnéiques très marqués et d'une dysphagie complète en même temps

que se montrait un état fébrile continu. L'affection avait marché sournoisement, car j'examinais la malade tous les jours en raison de l'incertitude même de mon diagnostic. Je la soumis à l'incision profonde rétro-maxillaire, et tombai sur un foyer purulent considérable mais non fétide. Les accidents disparurent aussitôt et la malade guérit.

La dentition de la malade ne pouvait être mise en cause, mais elle était sujette à de fréquentes attaques d'angines, peut-être de nature spécifique.

Le troisième cas est récent. Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans qui, à la suite de l'avulsion de la dent de sagesse droite, fut pris d'une suppuration de l'alvéole dont les bords avaient été fracturés. Au bout de quelques jours de cette suppuration, gonflement rétro-maxillaire, déglutition difficile, dyspnée légère, état général mauvais, teint cachectique jaunâtre, fétidité excessive de la suppuration intra-buccale, tuméfaction latéro-pharyngienne considérable. Je pratiquai une incision cervicale et après avoir incisé l'aponévrose, décollai les tissus de l'espace maxillo-pharyngien jusqu'à la paroi du pharynx sans rien trouver. Devant cet insuccès, je fis une ponction profonde au niveau de l'angle du maxillaire et ne pus tomber encore sur le foyer. Mais, trois jours après, quelques gouttes de pus très fétide firent irruption par cette dernière ponction. Je fis une nouvelle incision sous le bord inférieur du maxillaire et fus assez heureux pour atteindre le vrai foyer contenant une vraie cuillerée à café de pus horriblement fétide. J'étais arrivé en dedans du ptérygoïdien interne dont j'avais détaché partiellement les insertions, sur le maxillaire qui était dénudé, je constatai directement la communication de ce foyer avec la bouche.

Les accidents cessèrent immédiatement et il ne resta plus que l'esquille due à la fracture du rebord alvéolaire, laquelle aurait été le principe des accidents sérieux observés.

e. Il existe donc une série de phlegmons profonds du cou, développés dans l'espace maxillo-pharyngien. Au point de vue étiologique, ils reconnaissent pour cause presque toujours des accidents liés au système dentaire; parfois aussi sont-ils le résultat de certaines angines.

On voit fort souvent ces phlegmons prendre les caractères d'une septicité excessive. Ils peuvent fuser vers les régions inférieures du cou et s'y comporter comme les phlegmons profonds pré-carotidiens. On les voit aussi assez souvent gagner les parties latérales de la région sus-hyoïdienne sans jamais atteindre la ligne médiane.

Je suis convaincu que la plupart des graves phlegmons qui en-

traînent presque fatalement la mort par des dégâts tellement considérables qu'il devient difficile de remonter à leur véritable origine, ne sont qu'un stade très avancé des variétés des phlegmons profonds dont je viens de rappeler rapidement les caractères.

L'utilité des remarques précédentes est de mettre en garde contre ces affections, si on est assez heureux pour les observer à leur début. Elles montrent également que les interventions que l'on est appelé à exercer même dans les cas extrêmes, ne doivent point être superficielles, qu'elles doivent au contraire pénétrer dans la région, puisque c'est là que se trouve le foyer infectieux, point de départ des accidents.

Pour ce qui concerne l'ouverture précoce des phlegmons rétromaxillaires, il est bon de se souvenir que c'est le voisinage de l'os qu'il faudra serrer. Il est vrai que pour peu que l'abcès ait quelque volume, soit rapproché de l'extérieur, il deviendra relativement facile de l'atteindre.

On a prétendu que des suppurations périostiques profondes et graves, consécutives aux affections de l'appareil dentaire supérieur ne s'observent jamais. Je tiens à protester contre cette assertion qui est une flagrante erreur.

On peut observer des périostites suppurées de la tubérosité du maxillaire supérieur qui entraînent la formation d'abcès ptérygomaxillaires. La suppuration, limitée d'abord dans là fosse ptérygoïdienne, déborde ensuite cette région et arrive dans les fosses temporales au niveau des insertions du crotaphyte et sous le masséter; ou bien elle suit le ptérygoïdien externe et passe par l'échancrure sigmoïde.

J'ai observé tout récemment dans mon service un cas de ce genre absolument typique. Il s'agissait d'une jeune femme de 19 ans, admise à l'hôpital pour une tuméfaction siégeant dans la fosse temporale et coïncidant avec une constriction assez serrée des mâchoires.

L'état général était sérieux. L'affection avait débuté par de la douleur au niveau de la dernière molaire supérieure droite, puis les mouvements du maxillaire s'étaient peu à peu limités jusqu'à la la constriction complète. En même temps survenait un état fébrile intense avec une tuméfaction débutant par la région temporale et envahissant peu à peu toute la région latérale droite de la face.

Je crus sentir, à la suite d'un examen attentif, une fluctuation très profonde et je n'hésitai pas à diagnostiquer une collection purulente à siège sous-musculaire. Je pratiquai une incision traversant toute l'épaisseur du muscle temporal et tombai sur une collection située entre ce muscle et l'os. Le stylet introduit par

cette incision arrivait, en passant par l'échancrure sigmoïde, sur la face profonde du masséter. Il y avait collection sous-massétérine également, puisqu'une pression exercée à ce niveau faisait sortir du pus par l'incision temporale.

Je fis une incision à travers le masséter, au-dessus du canal de Sténon, et trouvai du pus entre la branche montante et le muscle. Je pus passer un drain vertical par ces deux incisions en passant sous l'arcade zygomatique. Enfin je pus, avec le stylet, arriver jusqu'à la fosse ptérygoïdienne et sentir la tubérosité maxillaire dénudée. La malade guérit rapidement, et lorsque la contracture eut disparu, on put se convaincre que la dernière molaire supérieure droite, affectée d'une carie profonde, avait été le point de départ des accidents que je viens de décrire.

M. Verneuil. M. Nélaton s'est demandé s'il y avait lieu d'admettre une angine de Ludwig et a grande tendance à la rayer du cadre pathologique. Je pense comme lui, qu'il ne faut faire cet honneur de donner le nom d'un auteur à une maladie que dans le cas où celui-ci a décrit cette maladie avec des détails suffisants pour l'avoir faite sienne, et je suis aussi d'avis qu'il n'y a guère d'angine de Ludwig.

A ce propos, on a entamé dans la discussion, l'histoire générale de tous les phlegmons du cou. Il y a lieu de faire des distinctions, les angines devant être tout à fait distinctes des phlegmons du cou. Il y a des phlegmons et des angines infectieuses qui existent d'une façon incontestable. J'ai souvenir d'un cas se rapportant à cette dernière affection : un jeune homme de province, venu à Paris, pendant trois jours, rentre chez lui au bout de ce temps après avoir fait une fête ininterrompue et s'être harassé de fatigue. Soudainement, il est pris de fièvre, d'angoisse respiratoire, d'œdème du plancher de la bouche et de la région sus-hyoïdienne. J'arrive le voir le même jour à onze heures du soir; il était à peu près moribond.

Je fis dans la région des balafres profondes au thermo-cautère; à 4 ou 5 heures du matin, le malade était mort. Je pense que les lésions étaient parties de la gorge avec des accidents locaux et généraux formidables.

J'ai soigné une petite fille de bonne santé habituelle, prise d'une angine générale; au bout de deux jours, toute la partie supérieure du cou et tout le plancher de la bouche étaient infiltrés et soulevés. J'incisai largement; la malade succomba le même soir.

J'ai vu à Crepy-en-Valois, un malade en pleine santé, sur le point de se marier quelques jours plus tard, pris d'un refroidisse-

ment et présentant un œdème formidable du cou, à tel point que le médecin pensait à une affection charbonneuse. Le malade était dans un tel état comateux que je fis, sans chloroforme, une série de petites incisions dans lesquelles j'enfonçai des pointes de pincettes rougies au feu. Il n'éprouva aucune douleur de cette intervention; malgré cet état grave, il guérit.

Dans ces divers cas, toute la région était envahie et je crois qu'il faudrait mieux appeler cette affection des *stomatites* infectieuses.

J'ai moi-même contribué à élucider la cause de la malignité de ces phlegmons; l'examen bactériologique démontre dans ces foyer des *spirilles* en quantité considérable et dans ces cas, les phénomènes généraux sont souvent formidables. Leur présence est liée aux phlegmons d'origine dentaire. Dans les angines infectieuses on trouve surtout des streptocoques.

Il y a lieu aussi de distinguer dans la région des abcès périostiques: j'ai vu un malade qui, à la suite du plombage d'une dent, fut pris de périostite, de phlébite et de méningite à laquelle il succomba.

Aussi, je suis d'avis de faire dans cette histoire, de grandes catégories et de chercher à reconnaître le point de départ de la lésion. Ce point de départ donne en effet d'importantes indications sur le siège de l'incision. Dans un cas, pour avoir méconnu la lésion initiale, j'ai eu un petit mécompte : croyant avoir affaire à un adéno-phlegmon, j'incisai largement et je coupai l'artère faciale. Il s'agissait d'une périostite du maxillaire; dans la périostite, en effet, l'artère est soulevée et elle est facilement accessible et facilement blessée.

J'ai pris l'habitude d'ouvrir ces adéno-phlegmons du cou d'une façon un peu particulière, ayant pour but de faire l'économie de la peau et d'éviter la cicatrice trop apparente. Voici comment je procède : à distance à peu près égale de la symphyse du menton et de l'angle de la mâchoire, un peu plus près de la symphyse, se trouve le ganglion ; en ce point, je fais une ponction avec le bistouri, je glisse une sonde cannelée dans ce foyer et avec une pince à forcipressure largement ouverte, j'en fais la discision. Il ne reste qu'une cicatrice insignifiante.

Pour les phlegmons sous-périostiques, j'incise en arrière de l'artère faciale jusqu'à l'os, et je fais souvent une contre-ouverture en avant.

Une variété très grave est constituée par le développement de la périostite à la face interne du maxillaire; c'est dans ce cas que l'on observe un œdème énorme de la région avec asphyxie. Il faut

alors inciser le long du bord interne du maxillaire et aller chercher profondément le pus.

Il y a donc grand intérêt à porter le diagnostic précoce du point de départ, puisque l'incision doit être faite d'une façon différente suivant le siège primitif de la lésion.

M. Moty. J'ai observé le phlegmon dur du cou à la suite de causes variées et à des degrés de gravité bien différents, depuis le simple phlegmon périostique de l'angle de la mâchoire jusqu'au phlegmon dur infectieux de toute la région antéro-latérale du cou, rappelant l'anthrax par certains caractères et que l'on désigne sous le nom d'angine de Ludwig. Le seul fait que le domaine de cette dernière affection est impossible à délimiter exactement et qu'on la rencontre dans les circonstances les plus diverses, montre qu'on ne peut la considérer comme une entité morbide et à ce point de vue je me range complètement à l'opinion de M. Nélaton : il faut reconnaître cependant que Ludwig a eu le mérite de poser un problème qui n'est pas encore résolu, en appelant l'attention sur l'induration si particulière de certains phlegmons du cou. Dans bon nombre de cas survenant dans le cours des fièvres graves, l'angine de Ludwig paraît due à une association microbienne qui s'explique par le voisinage de la bouche. Dans ces cas, l'induration peut s'étendre à toute la région antérieure du cou et débute le plus souvent dans les glandes. Souvent, au contraire, la maladie survient à la suite de lésions dentaires, et les particularités anatomiques sur lesquelles je vais revenir plus loin contribuent à lui imprimer ses caractères spéciaux.

On peut donc considérer l'angine de Ludwig comme un épiphénomène commun à des processus pathologiques variés. Mais la conception d'une association microbienne n'est encore qu'une hypothèse et tant que la pathogénie du syndrome en discussion ne sera pas élucidée d'une manière positive, il semble juste de lui conserver le nom de celui qui l'a nettement signalé le premier.

L'étiologie de l'affection réside, disions-nous, dans une lésion préexistante apparente ou latente de la muqueuse bucco-pharyngée, des dents ou des glandes salivaires.

Je ne veux m'arrêter qu'à la deuxième de ces causes. Les dents interviennent de quatre manières différentes sur la production des phlegmons maxillaires.

1° Par la carie amenant une inflammation et souvent une gangrène de la pulpe dentaire ; l'infection poursuivant son cours gagne facilement l'apex de la dent malade, passe au fond de l'alvéole et y détermine la formation de fongosités avec résorption plus ou moins accusée du cément de la racine malade et de la paroi cor-

respondante de l'alvéole. Les produits de la suppuration s'éliminent d'abord par le canal de la racine dans la cavité buccale, mais la moindre obstruction de cet étroit canal, la moindre recrudescence d'inflammation peuvent amener la rétention du pus et l'on voit alors éclater un phlegmon.

Ordinairement le pus perce l'alvéole dans son point le moins résistant, au côté externe pour le maxillaire inférieur et se fait un chemin dans le tissu cellulaire qui entoure le maxillaire; on le voit très rarement fuser entre l'alvéole et le collet de la dent parce que cette dernière est unie à la muqueuse gingivale par une sorte de collerette fibreuse extrêmement résistante, il va donc vers la peau ou vers des points de la muqueuse buccale plus ou moins éloignés du collet de la dent malade; c'est l'abcès dentaire ordinaire. Mais quand la rétention des liquides survient brusquement et complètement comme après l'obturation intempestive d'une dent, la résorption de l'alvéole n'a pas le temps de se faire et voici comment se passent les choses : le fond de l'alvéole étant en rapport très prochain avec le canal dentaire, l'infection gagne ce canal remonte vers l'épine de Spix et se fraye une voie vers le tissu cellulaire qui sépare la face supérieure du mylo-hyoïdien de la gencive ou vers celui qui entoure le paquet carotidien; l'étranglement qui résulte de l'inflammation du canal dentaire peut entraîner les phénomènes généraux et locaux les plus graves, c'est l'ostéite infectieuse. J'ai eu ainsi il y a environ un an l'occasion d'enlever la portion alvéolaire gauche nécrosée du maxillaire inférieur chez un officier qui me fut adressé par M. le professeur Robert, et qui, à la suite de l'obturation d'une dent avait été atteint d'une angine de Ludwig; au moment où je le vis le phlegmon avait cédé grâce à des incisions profondes multiples, mais il restait un grand nombre de fistules et la plupart des dents inférieures étaient tombées, je sentis un sequestre mobile et je l'enlevai par la gencive, le malade guérit peu après mais en ne conservant qu'une petite molaire mobile qui a dû tomber à son tour.

Ce fait montre bien le danger d'une obturation hermétique sur une dent dont la racine malade et son alvéole n'ont pu être efficacement désinfectées ; il est évident que l'infection s'est propagée ici dans le canal dentaire et que le contenu vasculo-nerveux de ce canal s'est sphacélé ainsi que la portion alvéolaire correspondante du maxillaire. Je ne puis dire exactement quelle était la dent malade mais je suppose que ce n'était pas la dent de sagesse; car les dentistes savent très bien que cette dent ne doit pas être obturée quand sa carie n'est pas absolument superficielle.

Plus la dent malade est voisine du fond de la bouche, plus sa carie expose à l'angine de Ludwig; il est facile de se rendre

compte sur un maxillaire que la paroi alvéolaire externe, celle qui se perfore dans la carie des dents antérieures, devient de plus en plus épaisse et que les racines de la dent de sagesse incurvées et enfoncées dans la branche montante du maxillaire sont entourées de tous côtés d'une épaisse couche osseuse. Quand cette dent s'infecte et que la partie profonde de son alvéole suppure c'est vers le canal dentaire que le pus se dirige, et l'on est alors en face de ces phlegmons angulaires durs plus ou moins envahissants et sur le traitement desquels M. Delorme a insisté dans sa dernière séance. On comprend que cette dent expose plus qu'aucune autre à cette forme de phlegmon, car, dans les cas relativement favorables où elle réussit à résorber en partie son alvéole, c'est du côté interne que se fait ce travail, et le pus fuse directement dans le plancher de la bouche.

2° La deuxième espèce de phlegmon d'origine dentaire résulte de l'éruption irrégulière de la dent de sagesse; elle s'accompagne presque toujours de contracture des muscles élévateurs de la mâchoire. Quelquefois la muqueuse soulevée par la dent subit un traumatisme à répétition que M. Reclus a signalé et qui est très propre à ouvrir la voie aux agents infectieux les plus variés; d'autres fois la dent pousse vers la seconde molaire et dans une position telle que le mouvement de mastication fait subir à ces deux dents ou à l'une d'elles seulement des chocs répétés et non amortis qui amènent l'inflammation de l'alvéole : c'est un cas absolument analogue au précédent.

J'arrive maintenant à une troisième forme beaucoup moins connue et formellement niée par beaucoup d'auteurs; c'est la suppuration ayant pour point de départ les racines d'une dent de sagesse absolument saine et à collet intact.

J'ai observé trois cas de cette espèce. Il s'agissait dans le premier d'un officier de 25 à 30 ans que voulut bien me présenter M. le professeur Chauvel et qui portait une fistule consécutive à un phlegmon sous-maxillaire gauche. Le stylet introduit par cette fistule qui s'ouvrait sous le maxillaire au niveau de la première grosse molaire conduisait sur une racine dénudée correspondant à la dent de sagesse, celle-ci fut extraite, elle était absolument saine, son collet était parfaitement intact, elle avait toute la place voulue et son évolution s'était faite sans difficulté; mais ses racines étaient très épaisses et dépourvues de revêtement alvéolaire, à sa partie moyenne, cette racine présentait une plaque arrondie de 3 à 4 millimètres de diamètre correspondant au fond de la fistule et dépourvue de périodonte.

J'ai scié la dent et j'ai constaté que sa pulpe avait toute sa

vitalité; ici donc on peut dire que la suppuration était d'origine alvéolaire et non dentaire.

Le deuxième cas s'est présenté à moi chez un homme de 24 ans, le phlegmon s'était ouvert dans le sillon qui sépare la joue de l'arcade dentaire inférieure au niveau de la première grosse molaire, le trajet resté fistuleux conduisait sur la racine de la dent de sagesse inférieure gauche hypertrophiée. L'incision du trajet resta sans résultat, et la dent fut extraite en décembre 1890. Ses racines offraient les caractères que j'ai décrits tout à l'heure. Enfin M. Robert a bien voulu me confier un troisième malade sur lequel j'ai dû sacrifier les deux dernières molaires inférieures droites parfaitement saines, mais causes d'une suppuration rebelle. Les racines de la dent de sagesse, qui manquait de place, il est vrai étaient très développées et offraient la même surface dénudée au côté externe que j'avais précédemment rencontrée et la même intégrité du collet. Quelle raison donner de cette suppuration naissant dans la profondeur sans que l'on puisse trouver la voie d'accès des germes extérieurs? Nous n'en voyons d'autre que celle qui s'applique aux dermoïdes en général; les épithéliums inclus ont de la tendance à suppurer surtout entre la vingtième et la trentième année de la vie; ainsi font les débris épithéliaux voisins de la racine de la dent de sagesse ou la dent de sagesse dans sa totalité quand elle est profondément incluse.

Pour que la démonstration de cette pathogénie particulière fût complète, il faudrait constater la présence d'un épithélium dans le foyer de suppuration. Bien que je n'aie pu faire cette recherche en temps opportun, j'ai pensé devoir communiquer ces observations à la Société de chirurgie pour appeler l'attention sur les faits du même genre qui passent peut-être souvent inaperçus. Le grattage du point dénudé de la racine m'a fourni une membrane identique à la membrane fœtale de l'émail. Mais je tiens à faire une réserve sur le résultat de cet examen; je n'avais plus qu'une seule de ces dents à ma disposition et elle était dans l'alcool depuis plus de six mois. De nouvelles observations sont nécessaires pour fixer définitivement ce point de pathogénie.

Voici maintenant un fait d'une physionomie tout à fait différente et qui correspond à mon quatrième groupe.

Un général d'une cinquantaine d'années est atteint de gonflement phlegmoneux mou du côté droit de la face, le point de départ du mal est la dent de sagesse inférieure droite cariée; je l'enlève, mais la douleur et le gonflement ne disparaissent que lentement et laissent après eux une paralysie faciale apparue avec le gonflement et la douleur et qui ne cède définitivement qu'après plusieurs mois. Je crois avoir eu affaire ici à une névrite du nerf maxillaire

inférieur avec propagation de l'irritation au filet du facial, la marche de l'affection, l'absence de pus dans l'alvéole, dans les tissus péri-maxillaire, la paralysie faciale surtout, plaident en faveur de cette interprétation.

Je viens de rencontrer un deuxième cas de ce genre chez une femme de 52 ans atteinte il y a trois mois de phlegmon par suite de carie de la dent de sagesse inférieure droite, et qui conserve encore aujourd'hui une paralysie faciale du même côté, n'atteignant que fort peu l'orbiculaire des paupières, laissant le reste du palais complètement intact, mais causant une déviation considérable de la face vers le côté opposé.

En résumé on rencontre un certain nombre de faits de phlegmons sous-maxillaires difficiles à classer dans les catégories généralement acceptées ; c'est surtout ce que je tenais à établir.

Je terminerai en indiquant le mode de traitement que j'emploie depuis une quinzaine d'années dans tous les phlegmons sous-maxillaires au début, quelle que soit leur nature et sans attendre la suppuration. Dès que le gonflement et l'induration apparaissent je traverse la masse suivant son grand diamètre et en passant autant que possible par son centre avec une grosse aiguille armée de cinq ou six crins. Je noue les crins de manière à en faire une anse de drainage et j'applique sur la région une compresse imbibée d'antiseptique liquide et recouvert d'une pièce imperméable. Au bout de quelques jours la résolution est complète et d'un coup de ciseaux j'enlève les crins. Il va sans dire que les indications étiologiques doivent être remplies et les dents malades enlevées s'il y en a, mais ce drainage capillaire permanent m'a toujours donné les meilleurs résultats. Il ne laisse pas de cicatrices apparentes et permet d'enrayer le développement de ces inflammations dont l'observation de M. Linon et celles de MM. Nélaton et Bazy montrent la gravité éventuelle. Il est évidemment trop tard pour l'employer quand l'induration occupe tout le cou, mais dans les conditions ordinaires de la pratique sa simplicité le rend précieux surtout dans les corps de troupe et c'est peut-être à cette sorte de drainage que je dois de n'avoir jamais vu les phlegmons sous-maxillaires dont j'ai observé le début avoir une terminaison fâcheuse.

M. Schwartz. Nous avons eu l'occasion d'observer trois faits de phlegmons infectieux de la région comprise dans le fer à cheval de la mâchoire inférieure.

Ce sont ces trois faits que nous tenons à vous présenter pour les ajouter à ceux déjà décrits et en déduire, si possible, les notions au point de vue du mode de début, du siège et du traitement de cette redoutable affection.

Les deux premiers cas ont été publiés par nous dans un mémoire lu à la Société de médecine pratique le 21 juin 1889 ; le troisième a été observé depuis.

Voici résumées les deux premières observations :

La première observation concerne un homme de 29 ans, marchand de vin, alcoolique. On m'appelle en toute hâte, en juin 1888, pour des accidents dyspnéiques survenus rapidement et qui mettent la vie du malade en danger. Il y a cinq jours, début de la maladie par un mal de gorge qui n'a fait qu'augmenter, s'accompagnant de constriction des mâchoires très intense. Aucune lésion dentaire appréciable. Depuis trois jours est survenu un gonflement considérable de toute la partie supérieure du cou (région sus-hyoïdienne et sterno-mastoïdienne) qui donne à la physionomie un aspect tout particulier ; il n'y a plus de relief maxillaire ; la face et le cou se continuent pour ainsi dire sans interruption ; en même temps, fièvre très vive, de 39 à 40°,5. Langue sèche. Depuis vingt-quatre heures, respiration très difficile, surtout dans le décubitus dorsal ; le malade a eu quelques accès de suffocation.

L'examen me permet de constater les faits déjà énoncés. Toute la région indiquée est envahie par un gonflement de la dureté du bois, sans grand changement de coloration de la peau, sans empâtement, sans trace de fluctuation. La constriction des mâchoires ne permet pas de desserrer beaucoup les muscles dentaires ; néanmoins on constate par la légère ouverture produite que la langue et tout le plancher de la bouche sont refoulés vers le palais ; en cherchant à les déprimer, on aperçoit les amygdales rouges tuméfiées, sans fausses membranes. L'haleine est très fétide. Dysphagie actuellement moins accentuée que la dyspnée ; bruit de cornage. Pouls à 120° ; subdélirium ; ni albumine ni sucre dans les urines. Le malade est assis sur le bord de son lit, et, dans cette situation, respire plus facilement.

Je ne pense pas devoir faire la trachéotomie avant d'être intervenu sur la région phlegmoneuse. Deux incisions profondes de 6 à 7 centimètres sont faites de chaque côté de la ligne médiane, d'avant en arrière, traversant un tissu dur criant sous le bistouri, saignant à peine ; à 7 centimètres, je tombe dans un foyer contenant environ un dé à coudre de pus d'une fétidité horrible. Je promène la lame rougie du thermocautère sur les tissus des incisions et dans le foyer et fais une série de mouchetures sur tout le tégument du cou. Hémorragie assez abondante après l'ouverture du foyer purulent, qui me paraît répondre à peu près à la base de la langue.

Lavages à la liqueur de van Swieten. Pansements avec de la

ouate hydrophile trempée dans la même solution. Alcool à haute dose, sulfate de quinine.

L'intervention parut d'abord amener un bon résultat. La nuit suivante fut meilleure, la dyspnée diminua beaucoup. Mais, le jour suivant, les accidents généraux s'aggravèrent; le délire devint plus intense, plus intense encore la fièvre, et le patient succombait deux jours après.

La seconde observation concerne un jeune homme de 23 ans, maître d'hôtel, qui avait une carie de la 2e petite molaire droite inférieure. Il en souffrit pendant vingt-trois jours et présenta tous les signes d'une fluxion; en même temps apparut rapidement avec de la fièvre un gonflement énorme de toutes les régions sous-maxillaires et sus-hyoïdiennes, aussi bien à droite qu'à gauche. On lui fit une application de sangsues qui ne changea rien aux choses, et comme survenaient de la dysphagie et de la dyspnée, le malade entra dans le service de Demarquay, dont j'étais alors l'interne, le 3 novembre 1874.

Nous constatons l'état suivant : masque facial démesurément allongé par suite du gonflement sous-maxillaire et sus-hyoïdien; le plancher de la bouche avec la langue est repoussé en haut vers la voûte palatine; haleine fétide. Peau sèche et brûlante. On ne constate nulle part de fluctuation, mais on est frappé de la dureté du gonflement, qui est ligneux et enserre comme un carcan toute la région au-dessous de la mâchoire inférieure. Dyspnée intense. On ne fait aucune incision, mais la région est entourée de pansements émollients, sous forme de cataplasmes; gargarismes et prises de calomel à doses fractionnées.

Le 5 novembre, le malade crache une cuillerée à soupe d'un liquide noirâtre d'une fétidité insupportable; presque immédiatement, détente; gonflement moindre. Impossible d'examiner la bouche à cause de la constriction des mâchoires.

Les jours suivants, sans qu'on ne trouve superficiellement aucun point fluctuant, il s'écoule encore un pus infect noirâtre qui remplit absolument toute l'arrière-gorge; peu à peu le dégonflement se produit, les phénomènes généraux s'amendent; enfin le malade peut sortir guéri, trois semaines après son entrée, profondément affaibli par l'atteinte qu'il vient de subir.

Le troisième fait a été encore observé à la Maison Municipale de santé en 1890. Il s'agissait d'un homme de 45 ans environ, voyageur de commerce, qui entra dans mon service l'après-midi pour un phlegmon grave du cou. Il avait été pris de mal de gorge, de difficultés pour avaler deux jours auparavant, puis rapidement s'était déclaré un gonflement considérable de toute la partie su-

périeure du cou avec fièvre vive et un peu de difficulté pour respirer.

A l'examen, très difficile à faire chez ce malade absolument indocile, je constatai de nouveau cet aspect spécial de l'allongement du masque facial qui m'avait tant frappé deux ans auparavant; dureté ligneuse des régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne. Douleur excessivement vive à la moindre pression. Constriction des mâchoires rendant très pénible l'examen de l'arrière-gorge. Le malade voulut sortir l'après-midi pour des affaires de famille, et je remis au lendemain les incisions profondes que je voulais faire, tout en prévenant de la grande gravité du cas. Il rentra le soir, se recoucha et mourut subitement de syncope. L'autopsie ne put être pratiquée.

Tels sont les trois faits que j'ai pu observer.

Au point de la vue de la porte d'entrée du germe infectieux, ils sont dissemblables. Deux fois, et les deux cas se sont terminés par la mort, il s'agissait d'angines, d'amygdalites ; les dents n'étaient pour rien en cause. Une fois, il s'agissait d'une carie dentaire d'une petite molaire qui paraît bien avoir été le point de départ de la maladie. En parcourant les observations nombreuses déjà publiées, ce sont là presque toujours les lésions initiales, en y ajoutant, bien entendu, celles que détermine la dent de sagesse, presque toujours par action mécanique. Vous trouverez dans nos Bulletins de 1887 un exemple absolument typique de phlegmon infectieux dû à la carie d'une dent de sagesse, qui avait donné lieu du même coup à une ostéo-périostite de la branche montante du maxillaire inférieur. Elle est due à notre collègue et à mon ami le professeur Weiss (de Nancy), qui fut obligé de faire la trachéotomie, tellement étaient redoutables les accidents dyspnéiques. Comme notre collègue Nélaton et tous ceux qui ont pris la parole, je pense donc que les portes d'entrée du germe infectieux sont variables, et que c'est de sa dissémination dans les espaces celluleux et lymphatiques de la région du plancher buccal et sous-maxillaire que résultent les manifestations si graves que nous constatons.

C'est pourquoi nous sommes de l'avis de M. Nélaton quand il rejette la dénomination d'angine de Ludwig, et que nous repoussons aussi celle d'angine sous-maxillaire infectieuse qu'avait proposée L. Tissier dans son mémoire publié dans le *Progrès médical* de 1886.

Il nous paraît que la plupart des observations rapportées ici visent, en effet, une affection inflammatoire diffuse, infectieuse, envahissant toute cette région comprise dans le fer à cheval de la mâchoire inférieure et la région sus-hyoïdienne, et ayant comme

porte d'entrée une lésion bucco-pharyngée. Il faut se garder de ranger dans la même catégorie les angines avec accidents dyspnéiques pouvant nécessiter la trachéotomie par propagation au larynx, les adéno-phlegmons graves sous-maxillaires, les ostéopériostites du maxillaire inférieur.

Au point de vue clinique, l'affection qui nous occupe semble avoir une physionomie spéciale dont les caractères dominants sont : 1° le gonflement ligneux et en cuirasse de toute la région sus-hyoïdienne ; 2° la propulsion du plancher de la bouche vers la voûte palatine ; 3° les accidents dyspnéiques graves qui en résultent ; 4° l'état général, qui est celui d'un sujet profondément infecté.

Mon collègue Delorme a signalé dans la dernière séance le gonflement du bourrelet gingival ; notre attention, dans les cas que nous avons observés, n'a pas été attirée de ce côté.

Par contre, nous sommes d'accord avec lui sur le siège de l'abcès profond qui se forme dans ces cas et qui se trouve au-dessus du mylo-hyoïdien, au-dessous et au niveau de la base de la langue.

Dans le premier cas, nous avons dû traverser le muscle de part en part pour arriver sur la cavité qui contenait une cuillerée à café d'un pus noirâtre et horriblement fétide ; dans le second, la collection s'est ouverte spontanément dans la bouche ou le pharynx, sans que nous ayons pu nous en rendre compte d'une façon exacte.

La rapidité d'évolution du troisième cas et sa terminaison rapidement fatale ne nous ont pas laissé le temps d'intervenir, comme nous avions résolu de le faire.

Déjà Dumonteil-Grandpré (*Thèse de Paris*, 1875) avait décrit cette affection sous le nom d'abcès sous-lingual et en avait rapporté quelques observations où sont nettement relevés les symptômes typiques que nous avons signalés, mais sans insister suffisamment sur ses caractères principaux, et surtout sur son cachet infectieux si net dans l'observation de Hayes, que je demande la liberté de vous rapporter.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, pris le 11 février de céphalalgie violente. La nuit suivante, angine, dysphagie, délire ; un peu de rougeur et de gonflement des amygdales. Le 16, vive sensibilité de la région sus-hyoïdienne gauche qui se tuméfie ; ce gonflement augmente et donne lieu à une dysphagie intense et à de la dyspnée. En trois ou quatre jours, tout l'espace compris entre l'arcade maxillaire et la clavicule est rempli par une énorme tuméfaction ligneuse s'étendant en arrière vers la nuque ; la dysphagie et la dyspnée sont devenues si intenses qu'Hayes se prépare à faire la trachéotomie. Cependant la tuméfaction diminue ; on constate de

la pleuropneumonie, puis les articulations des membres inférieurs deviennent douloureuses et gonflées, puis celles du poignet gauche. Malgré tout, le malade guérit ; mais sa convalescence a nécessité plusieurs mois (*Berliner Kl. Wochensch*, 19 mars 1888).

Au point de vue de la localisation de l'abcès, il semble bien, d'après les observations, qu'elle se fasse dans la région cellulo-graisseuse située au-dessus du mylo-hyoïdien, au-dessous de la langue et à une grande profondeur.

Nous pensons que la dénomination de phlegmon sous-lingual infectieux indiquerait suffisamment, en même temps que le caractère infectieux du mal, son siège essentiel.

Toutefois, il nous paraît ressortir de la discussion soulevée à la Société de chirurgie par l'observation si intéressante de M. le Dr Linon, que l'incision de ces phlegmons doit être précoce, faite largement et profondément. Si, dans quelques cas, la guérison est survenue après ouverture spontanée de l'abcès dans la cavité bucco-pharyngée, il n'en est pas moins vrai que, dans la plupart, cette terminaison favorable n'est pas à espérer.

Il faut aller chercher le pus profondément par la région sus-hyoïdienne ou sous-maxillaire, s'attendre à traverser 6 à 7 centimètres de tissus ligneux lardacés pour tomber dans une cavité qui ne contient généralement que peu de liquide. Que l'incision soit verticale ou parallèle à la mâchoire inférieure, qu'elle soit unique ou multiple, l'essentiel est de débrider largement le foyer phlegmonneux. Est-ce à dire que les accidents seront conjurés à partir de ce moment ? Malheureusement les faits sont là pour nous répondre et nous montrer que, malgré tout, ceux-là pourront continuer et amener plus ou moins rapidement une terminaison fatale.

M. Chauvel. A côté des adéno-phlegmons du cou assez souvent observés dans l'armée comme suite d'affections ulcéreuses de la bouche, de caries dentaires, d'amygdalites, j'ai rencontré deux fois des inflammations diffuses de la région cervicale. Bien que de même origine, elles s'éloignaient des premières par leur extension plus rapide et plus considérable, par la gravité des phénomènes locaux et généraux.

Obs. I. — Le 30 octobre 1888, entra dans mon service du Val-de-Grâce, un gendarme atteint d'un phlegmon du cou dont le début remontait à quatre jours. Survenu après des douleurs très violentes rapportées par le malade à des dents cariées, le gonflement s'étendait d'une oreille à l'autre, du maxillaire au creux sus-sternal, plus prononcé du côté gauche.

Les mâchoires étaient si serrées qu'à peine je pouvais entrevoir la partie antérieure du voile du palais ; la température était de 40 de-

grès, l'anorexie absolue. La peau était lisse, tendue dans la région sus-hyoïdienne légèrement rosée, œdémateuse ; la déglutition extrêmement pénible.

Entré à l'hôpital à 9 heures, le soir, L... avait craché dans la nuit, une assez grande quantité de pus mélangé de sang, il n'avait pas été sensiblement soulagé.

Le 1er décembre, je fais sous la mâchoire de gauche, une incision profonde, qui pénètre jusqu'à la glande sous-maxillaire et laisse couler quelques gouttes de pus seulement. La fièvre reste à 40°,2 le soir. Le lendemain matin elle est encore à 39°,8 et le gonflement aussi prononcé s'étend à droite comme à gauche. Des accès de suffocation me faisant craindre un œdème de la glotte, le malade ayant dans l'aisselle 40°,2 de température, je pratique le 3 décembre, sous la mâchoire, à mi-chemin de l'hyoïde, une large incision qui rejoint les bords antérieurs des sterno-mastoïdiens. Je la poursuis jusqu'à la couche musculaire et tombe sur un foyer rempli de pus infect et de tissu cellulaire mortifié. Quand le malade tousse, le liquide sort en abondance par la plaie, et ses crachats sont teintés de sang.

Des pulvérisations phéniquées sont faites trois fois par jour pendant une demi-heure. Dès le lendemain, la température s'abaisse à 39,2 ; progressivement elle descend à 38°,8 le second jour, à 38,4 le troisième, mais n'arrive à la normale que le 10 décembre, une semaine après l'intervention. Pendant tout ce temps du pus s'écoule et par la bouche et par la plaie sus-hyoïdienne, de cette dernière s'échappent aussi les premiers jours des lambeaux de tissu sphacélé. Aussitôt que se termine la constriction des mâchoires nous cherchons dans la cavité buccale le point de départ de l'inflammation. Le gonflement et la rougeur du voile du palais à gauche, la teinte violacée et le volume de l'amygdale du même côté nous font soupçonner un phlegmon de cette glande. Cependant le malade prétend que le pus qu'il continue de cracher en petites quantités vient du côté droit de la bouche entre la langue et les dents.

La sortie du malade le 26 décembre, alors que les dents ne s'écartaient encore que de 2 centimètres au plus, ne nous a pas permis de préciser l'état des dernières molaires, mais L... avait passé l'âge de sortie des dents de sagesse.

La persistance d'une certaine induration sous l'angle gauche du maxillaire inférieur semblait indiquer que de ce côté gauche et non du côté droit avait été le point de départ de l'inflammation.

Obs. II. — H..., garde de Paris, entre au Val-de-Grâce le 22 janvier 1889, à 9 heures du soir, pour phlegmon du cou suite d'une extraction de dent faite il y a deux jours. Il est pâle, respire difficilement, mais sans cornage, et ses poumons fonctionnent. Le médecin de garde fait appliquer dix sangsues sous l'angle de la mâchoire à droite où la tuméfaction est plus grande, puis de la pommade mercurielle belladonnée et de larges cataplasmes. La température est de 39°,6.

Le lendemain matin à la visite, le thermomètre est de 39°,2 ; la face

est pâle, les dents serrées, la parole difficile. Un gonflement diffus, plus prononcé cependant sous le menton et dans la région sous-maxillaire droite, s'étend jusqu'au sternum et aux clavicules. La peau est lisse, tendue, sans fluctuation, légèrement rosée, l'œdème gagne la face antérieure du thorax. Assis sur son lit, H... est dans un état de suffocation marqué, il existe un léger cornage.

Immédiatement je donne du chloroforme. Sauf quelques menaces d'asphyxie pendant la période d'excitation, l'anesthésie s'obtient sans difficultés. Je pratique une incision transversale qui partant à 2 centimètres à gauche de la ligne médiane, soit à 2 centimètres au-dessous du bord libre de la mâchoire, se prolonge à droite jusqu'à un grand doigt en dedans de l'angle maxillaire. Couche par couche je divise la peau, le tissu cellulaire infiltré et teinté en noir près de la ligne médiane, le peaucier et l'aponévrose. Je mets à jour le glande sous-maxillaire droite sans trouver de pus. Je me reporte alors vers la ligne médiane et déchirant les tissus avec la sonde cannelée, je tombe dans un foyer putride, gangréneux, à parois noirâtres, à liquide séreux, fétide, qui n'a rien de la suppuration louable. L'issue du sang par la bouche montre que la poche communique avec la cavité buccale. En bas le foyer arrive jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde presque à nu ; à gauche il dépasse à peine le plan médian ; à droite il se prolonge jusque sous le maxillaire inférieur dont le doigt suit la face interne dénudée ; en haut il semble limité par le plancher buccal.

En somme, il ne s'est écoulé par l'incision qu'une petite quantité de liquide fétide. Lavages abondants au Van-Swiéten, iodoforme, pansement antiseptique absorbant. Le soir, la température est de 39°,2, il n'y a plus d'accès de suffocation et la déglutition des liquides est devenue possible. Lavages fréquents de la bouche.

Le lendemain de l'intervention la température tombe à 38°,4. Le soir, le surlendemain elle est à 37°,6, à la normale. Sous l'inflence des pulvérisations phéniquées et de l'iodoforme, la plaie a perdu ses caractères gangréneux. H... se plaint de cracher un peu de pus, mais d'odeur de moins en moins infecte. La respiration est devenue régulière, tout danger est évanoui.

Je dois dire que la cicatrisation de la plaie fût rendue difficile par la tendance au recroquevillement de sa lèvre inférieure. J'ai dû recourir à quelques points de suture et quand H... sortit de l'hôpital à la fin de février, il portait une cicatrice rendue disgracieuse par la saillie du bourrelet de son bord hyoïdien. Heureusement que la barbe devait rapidement cacher cette légère difformité.

J'avais été conduit à faire une incision transversale par le siège bilatéral du gonflement, par la persuasion que le foyer purulent devait s'étendre jusqu'à la ligne médiane et probablement envahir les deux côtés du cou.

Bien que la recherche et la découverte de ce foyer m'aient été rendues ainsi plus faciles, mieux vaudrait peut-être, dans un cas semblable,

pratiquer deux incisions dans l'axe de la région. On éviterait alors l'inconvénient que j'ai plus haut signalé.

Présentations de pièces.

1° *Kyste dermoïde du scrotum.*

Par M. Reclus.

M. Joseph, âgé de 31 ans, imprimeur, entre à l'hôpital pour une tumeur de la bourse droite. Il avait 19 ans lorsque, après avoir fait un effort violent pour soulever une pierre, il éprouva une vive douleur dans l'aine, et, portant la main dans la région, il constata la présence d'une petite masse dure et douloureuse.

Trois mois après, un médecin retrouvait cette tumeur et la prenait pour une hernie ; il fit porter un bandage herniaire, qui refoulait la masse dans le trajet inguinal, et le malade accuse à ce moment un certain nombre d'accidents assez graves qui l'engagent à consulter notre collègue M. Després ; celui-ci proscrivit le bandage et lui substitua un suspensoir.

A partir de ce moment, la tumeur parut descendre et élire domicile dans le scrotum ; là elle se développa peu à peu sans que le malade puisse nous dire qu'à un moment quelconque elle ait pris un accroissement plus rapide ; elle ne provoquait d'ailleurs aucune souffrance, et c'est uniquement à cause de son volume et de la gêne qu'elle provoquait pendant le travail, que le malade, douze ans après la venue apparente de la tumeur, nous demande de l'en débarrasser.

La tumeur, du volume d'un gros œuf de dinde, surmonte nettement le testicule et en paraît complètement indépendante. Celui-ci, en effet, paraît libre dans sa cavité vaginale, et la bourse dans son ensemble rappelle assez bien la comparaison classique de la brioche renversée. Le kyste, du reste, est irrégulier et présente deux ou trois bosselures inégales ; ses parois paraissent épaisses, la transparence y est nulle et la fluctuation évidente. Une chose nous frappe, c'est une crépitation amidonnée que l'on perçoit avec la plus grande netteté lorsqu'on presse sur certaines bosselures de la tumeur comme pour en chasser, vers la partie centrale, le liquide qu'elle contient. Dès ce moment nous prononçons le nom de *kyste dermoïde*, sans toutefois rien affirmer, arrêté que nous sommes par l'indépendance presque absolue de la tumeur avec le testicule ; aussi est-ce sans diagnostic bien précis que nous pratiquons l'opération.

Nous faisons à la cocaïne une traînée analgésique de 10 centimètres environ et qui s'étend de la partie supérieure du testicule jusqu'au trajet extérieur du canal inguinal. Nous arrivons bientôt sur la poche que nous disséquons au plus près avec la pince et les ciseaux. Après avoir bien dénudé le segment antérieur, nous attirons la tumeur et nous nous trouvons en présence du cordon, dont les éléments sont étalés sur la paroi postérieure du kyste. Nous les disséquons toujours au plus près et sans ouvrir un seul vaisseau. Bientôt la tumeur tombe entre nos mains sans avoir noté un point bien précis où un pédicule pouvait exister.

La tumeur ressemble à une très grosse pomme de terre avec deux ou trois bosselures irrégulières. La membrane kystique, de 3 centimètres environ, est tapissée par une membrane rappelant absolument celle des kystes dermoïdes; ce qui nous frappe surtout, c'est le contenu de la tumeur constitué par une masse grisâtre rappelant de tous points le frai du poisson, mêlée çà et là de quelques points blanchâtres comme du sagou et de poils de toute longueur, blancs et noirs. — Les uns sont détachés et apparaissent au milieu des amas de granulations, les autres sont encore implantés dans la paroi. La substance qui remplit le kyste et que nous avons comparée a des œufs de poisson a été examinée avec soin; elle se dissout dans l'éther et se compose évidemment de matière grasse. Au microscope on trouve des masses de globules graisseux et des détritus de cellules épithéliales. Il s'agit, en somme, d'une masse de globes épidermiques en régression.

M. Marchand. Dans un kyste dermoïde de l'ovaire, j'ai rencontré environ 500 petites boules renfermant des poils.

2° *Calculs du rein extraits par la néphrotomie*,

Par M. Tuffier.

Ces six calculs de couleur brune et de forme irrégulière pèsent (ensemble), desséchés, 218 grammes; le plus volumineux pèse 85 grammes. Ils sont composés d'urate de soude enrobés dans une couche de phosphate de chaux. Ils ont été extraits, le 25 août 1891, du rein d'un malade cachectique âgé de 49 ans.

Kerf (Eug.), qui m'avait été adressé par mon collègue et ami Felizet, entré le 10 avril salle Robert, n° 1, hôpital Beaujon, (service de M. Théophile Anger), était atteint d'une énorme pyélonéphrite occupant tout le flanc gauche, et accompagnée d'une périnéphrite scléreuse ayant envahi jusqu'à la peau de la région lombaire, qui était ligneuse. Il subit la néphrotomie par la voie lombaire le 15 juin.

Environ deux litres de liquide puriforme s'écoulèrent et deux gros calculs furent extraits, mais le volume considérable de la poche qui allait du diaphragme au milieu de la fosse iliaque et sa rigidité ne permirent pas une exploration complète. Suites opératoires très satisfaisantes. L'opération laisse une fistule à sécrétion abondante uro-purulente. Le 25 août je fis une nouvelle incision ; je pus extraire les six calculs que je présente et qui occupaient la partie postéro-supérieure du rein derrière les fausses côtes ; je reséquai toute la poche rénale, laissant une masse du rein du volume d'une orange molle, souple, accolée à la partie supérieure du hile et paraissant peu malade. Drainage. Guérison et maintien de cette guérison depuis un an. Le malade était trop cachectique à son entrée pour permettre d'emblée la néphrectomie ; c'était un vieillard artério-scléreux, c'est ce qui m'a fait lui laisser une partie de son rein.

Présentation d'appareil.

M. Bouilly présente le stérilisateur à alcool du Dr Hertoghe (d'Anvers).

Cet appareil construit par MM. Gudendag frères, à Paris, se compose d'une auge en cuivre rouge étamée à l'intérieur, recouverte d'une plaque de même métal qui lui sert de couvercle et la



ferme hermétiquement, grâce à l'interposition d'une feuille de carton d'amiante et de vis de pression.

Mode d'emploi. — On range avec soin les instruments dans l'auge stérilisante et au moyen de ouate disposée par endroits, on les empêche de ballotter. On achève de remplir avec de l'alcool à 94° Baumé. La boîte étant exactement fermée par les vis de pression, on la met au bain-marie à 100° pendant vingt minutes. Au bout de ce temps on la retire de l'eau et on ouvre pendant cinq à six secondes le robinet dont est muni le couvercle ; de la vapeur d'alcool s'échappe entraînant avec elle l'air que renfermait encore l'appareil.

Les instruments ne seront retirés de la boîte qu'au moment de l'opération.

Cet appareil présente les avantages suivants : si l'on opère en dehors de l'hôpital, il permet de stériliser d'avance et de maintenir aseptiques jusqu'au dernier moment les instruments et les fils nécessaires à l'opération, que l'on emporte dans l'appareil, qui est peu encombrant.

Le stérilisateur à alcool étant complètement purgé d'air, conserve, sans les détériorer, pendant plusieurs jours, les instruments qui lui sont confiés.

Son prix est peu élevé, comparé à celui des autoclaves et de la plupart des stérilisateurs.

Scrutin.

Élection à quatre places de membre correspondant national.

Candidats présentés par la Commission :

MM. Cerné, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine de Rouen.
Forgue, professeur de médecine opératoire à la Faculté de Montpellier.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Linon, médecin-major de 1re classe.

Nombre de votants, 30. — Majorité, 16.

Sont nommés :

MM.	Linon	27 voix.
	Guelliot	26 —
	Cerné	24 —
	Forgue	24 —

Ont obtenu :

MM.	Février	10 voix.
	Denucé	3 —
	Cabadé	2 —
	Dechaux	1 —
	Doyen	1 —
	Gellé	1 —
	Jobard	1 —

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 27 juillet 1892.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettres de MM. Cerné, Forgue, Guelliot et Linon, remerciant la Société de les avoir nommés membres correspondants nationaux ;

3° *Rétrécissement de l'œsophage* ; *gastrotomie; guérison;* par M. Denucé (de Bordeaux) (M. Tuffier, rapporteur) ;

4° *Des déchirures de la paroi abdominale par coup de corne*, par M. Langlais (M. Jalaguier, rapporteur) ;

5° *Observations de plaies pénétrantes de l'abdomen*, par M. Ruotte, médecin aide-major (M. Delorme, rapporteur) ;

6° *Aï crépitant de la jambe*, par M. Pauzat, médecin-major (M. Delorme, rapporteur).

Suite de la discussion sur les phlegmons du cou.

Des phlegmons péri-maxillaires au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement.

M. Magitot. La Société de chirurgie a été saisie dans ces derniers temps d'une question encore un peu obscure et à coup sûr d'un grand intérêt, c'est celle de l'origine et du mécanisme de production des phlegmons péri-maxillaires dans leurs formes les plus variées : abcès et fistules de la face et spécialement la région mentonnière, périostite phlegmoneuse des mâchoires, adénophlegmons de la face et du cou, phlegmons sus-hyoïdiens, sublingaux, etc., c'est-à-dire d'un ensemble de phénomènes constituant une série ou une gamme de progression ascendante d'im-

portance et de gravité depuis le simple abcès gingival ou facial jusqu'à la forme de phlegmon diffus entraînant les plus grands désordres des dangers extrêmes jusqu'à la mort des malades.

Un grand nombre de faits et d'observations ont été produits dans cette enceinte et se rapportant aux degrés divers de la série pathologique dont nous venons d'indiquer les principaux termes.

Tandis que MM. Gérard Marchant, Routier, Tillaux, Le Fort, Quénu et Anger recherchaient le mécanisme de production des abcès d'origine dentaire [1], d'autres communications faites par M. Nélaton sur un mémoire de M. Linon et par MM. Delorme, Verneuil, Auffret se rapportaient aux formes graves de phlegmons diffus de la face, du cou et des régions sus-hyoïdienne et sublinguale [2].

Ce n'est pas la première fois que ces questions sont portées devant la Société de chirurgie et si l'on ouvrait nos Bulletins aux années 1879 et 1880, on trouverait un certain nombre de faits qui s'y rapportent. Tel est par exemple un mémoire de M. Demons ayant pour titre : *de la périostite phlegmoneuse des mâchoires et la phlébite suppurée des sinus de la dure-mère consécutives à la carie dentaire* [3].

Ce mémoire fut l'occasion d'un rapport de M. Périer et d'une courte discussion à laquelle nous prîmes part et où fut nettement établie la pathogénie que nous allons présenter aujourd'hui [4].

Tel est encore un volumineux travail publié par nous sur cent observations de greffes par reimplantation et dans lesquelles se retrouvent un grand nombre de faits également conformes à la même pathogénie [5].

En dehors de la Société on rencontrerait dans la presse médicale de ces vingt dernières années un grand nombre de travaux parmi lesquels on nous permettra de citer une thèse remarquable de M. Pietkiewicz sur la *périostite alvéolo-dentaire* [6], plusieurs publications de M. Galippe [7], quelques autres études personnelles reproduites dans divers recueils [8] et jusqu'à la thèse toute récente

[1] *Bull. de la Soc. de chir.*, 30 mars 1892.

[2] *Ibid.*, 5 et 13 juillet 1892.

[3] *Bull. de la Soc. de chir.*, 1880.

[4] *Ibid.*, 1880.

[5] De la greffe chirurgicale appliquée à la thérapeutique de la périostite chronique du sommet (*Bull. de la Soc. de chir.*).

[6] De la périostite alvéolo-dentaire (*Thèse de Paris*, 1876).

[7] *Comptes rendus de la Société de stomatologie*, t. I, p. 98, et t. II, p. 36.

[8] Pathogénie des kystes et des abcès des mâchoires d'origine dentaire (*Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 145 et 150). Voir aussi : article FLUXION du *Dictionnaire encyclopédique*. Voir encore : Des accidents de l'éruption des dents chez l'homme (*Archives de médecine*, novembre et décembre 1881).

de M. Bellemain inspirée précédement par le début de cette discussion même [1].

Les descriptions tracées par les chirurgiens sur les cas qu'ils ont rencontrées sont assurément excellentes au point de vue clinique, mais elles trahissent presque toutes une certaine incertitude sur l'origine exacte et le mécanisme de production des lésions observées.

C'est précisément sur cette question de pathogénie que nous avons demandé la permission d'intervenir dans le débat.

La plupart des auteurs se bornent à désigner comme cause initiale des phlegmons péri-maxillaires la *carie dentaire*. Ainsi s'expriment MM. Gérard Marchand, Le Fort, Linon, Nélaton, et aussi, comme on vient de le voir M. Demons, de Bordeaux. MM. Gérard Marchand et Lefort prononçèrent même le nom de *carie des racines*, affection qui n'existe pas.

D'autres de nos collègues ont invoqué dans ces cas la présence d'une lésion de la muqueuse buccale, du plancher de la bouche, érosions, ulcérations, avec envahissement infectieux consécutif. M. Verneuil semble disposé à se rattacher à cette explication.

Quelques observateurs ont nettement désigné la dent de sagesse à l'origine des accidents et M. Linon entre autres, invoque en outre la carie de celle-ci. Ajoutons toutefois que plusieurs chirurgiens parmi lesquels il faut citer MM. Verneuil, Desprès, Périer, Anger ont repoussé de la pathogénie qui nous occupe toute participation de la carie dentaire.

Un petit nombre d'auteurs, enfin, se sont, comme M. Delorme, rattachés à une interprétation que rien n'explique ni ne justifie, celle *d'angine de Ludwig*.

Cherchons d'abord à établir en principe que la carie dentaire, affection très particulière et toute spéciale n'est jamais la cause directe et essentielle d'aucune forme de phlegmon péri-maxillaire. Elle n'en saurait, dans aucun cas, être le point de départ et si elle se retrouve dans les antécédents des désordres observés du côté de la bouche, c'est à titre purement accidentel et lointain. D'autre part, il est facile de reconnaître que dans un très grand nombre de relations les dents ont été trouvées absolument indemnes de cette lésion. Cette circonstance a frappé plusieurs observateurs qui constataient avec surprise que les dents *paraissaient saines* et elle s'adresse tout particulièrement à la catégorie des accidents de la dent de sagesse qui est presque toujours exempte de toute lésion apparente et extérieure.

Mais alors quelle est donc la lésion dentaire initiale ?

[1] Des fistules du menton (*Thèse de Paris*, 1892).

La lésion dentaire initiale à laquelle doivent être rattachées les formes diverses de phlegmons péri-maxillaires est celle qu'on désigne communément sous le nom de *périostito alvéolaire* ou *alvéolo-dentaire* et qu'il faut dénommer aujourd'hui par le terme d'*arthrite alvéolaire.*

Les recherches anatomiques modernes nous ont en effet appris à connaître quelles sortes de moyen d'union fixent les dents aux mâchoires. Les anciennes idées de périoste et de périostite doivent être abandonnées. Il s'agit ici d'une articulation véritable et dès lors le terme d'arthrite s'impose aux manifestations inflammatoires dont l'alvéole est le siège.

Nous n'avons pas à faire ici l'histoire de l'arthrite alvéolaire; elle nous entraînerait fort loin, bien qu'elle puisse être l'occasion de beaucoup d'enseignements sur le sujet qui nous occupe. Disons seulement que cette maladie comprend deux variétés fort distinctes :

Dans la première, c'est l'arthrite simple mono-articulaire, d'acuité variable, variable aussi de siège ou de niveau, localisée souvent au sommet radiculaire où elle devient aisément chronique.

Dans la seconde variété, l'arthrite est poly-articulaire, parfois généralisée à toute la bouche, en rapport fréquent avec les diverses manifestations de l'arthritisme et se subdivisant cliniquement en trois formes : l'*arthrite suppurée*, l'*arthrite déformante*, l'*arthrite fongueuse.* C'est elle qui répond à un grand nombre de désignations : pyorrhée alvéolaire, gingivite expulsive, arthrite infectieuse, etc., et dont le caractère est essentiellement chronique et envahissant. Ajoutons que c'est à la forme fongueuse qu'appartient une certaine terminaison, la *résorption des bords alvéolaires* et même des mâchoires en totalité, accidents qui ont beaucoup frappé quelques observateurs, Dolbeau [1] et MM. Labbé [2], Dubreuil, Lannelongue (de Bordeaux) [3], qui en ont vainement cherché l'explication.

Quoi qu'il en soit, cette arthrite alvéolaire, quelles que soient sa forme et sa physionomie, est une maladie septique. On y retrouve en effet outre les micro-organismes ordinaires des foyers purulents, certains bacilles particuliers isolés et cultivés par MM. Vignal et Galippe [4] et qu'on peut regarder comme les agents pathogènes de la maladie.

[1] *Bull. de la Soc. de chir.*, 1869, t. X.

[2] *Ibid.*, 1868, t. IX.

[3] Voir la thèse de M. Paul Carrière (Paris, 1892). C'est la même résorption osseuse qui a été attribuée à l'ataxie par M. Dubreuil (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, juillet 1885).

[4] *Comptes rendus de la Société de stomatologie*, 1890-92.

On y retrouverait sans doute aussi les organismes que MM. Verneuil et Clado ont reconnu aux abcès à spirilles de la bouche avec propagation ou inoculation voisines ou lointaines de cette région.

Le caractère septique des phlegmons péri-maxillaires n'est d'ailleurs mis en doute par aucun des observateurs : MM. Quénu, Nélaton, Delorme et Auffret sont formels sur ce point.

Or si cette lésion est l'origine unique, le point de départ uniforme de tout phlegmon péri-maxillaire, comment s'expliquer la diversité de forme, de processus et surtout de gravité des manifestations morbides qui en sont la conséquence?

Cette diversité tient aux différences d'intensité de l'élément inflammatoire et infectieux, aux différences du siège ou d'alvéole affecté et à l'état personnel du sujet.

C'est cette diversité même qui nous a conduit à l'idée de tracer d'une manière schématique la marche des phénomènes morbides suivant trois courbes partant du point unique, l'*arthrite alvéolaire simple*. Ce tableau est sous les yeux de la Société.

A l'extrémité de la première courbe, courbe basse, se trouve le phlegmon œdémateux, la fluxion simple non suppurée et dont la terminaison ordinaire est la résolution [1].

A la seconde courbe correspondraient le phlegmon circonscrit, l'abcès simple d'origine dentaire des auteurs classiques, tantôt gingival, tantôt facial et cutané, mentonnier, etc., suivant les rapports purement anatomiques des parties. C'est sous cette forme que le phlegmon se termine souvent par un état chronique entretenu par l'arthrite spéciale du sommet radiculaire frappé d'une véritable nécrose. Une certaine classe de greffes, les greffes par réimplantation reposent précisément sur la section de ce sommet nécrosé [2]. C'est aussi à cet état localisé que répond le développement des kystes de la variété dite *périostique*, quelle que soit d'ailleurs l'explication à laquelle on se rattache, la théorie épithéliale ou la théorie périostique que nous avons maintes fois défendue. C'est encore à cette courbe qu'appartient le mécanisme de formation de l'abcès et du catarrhe du sinus maxillaire, les trajets fistuleux qui traversent les régions palatines, les joues, la fossette mentonnière, la peau du voisinage de l'angle de la mâchoire, de la branche horizontale, etc.

La troisième courbe aboutit aux formes graves des phlegmons

[1] Voir, sur la nature et le mécanisme de formation de la fluxion simple, l'article Fluxion du *Dictionnaire encyclopédique*.

[2] Voir le mémoire sur la greffe chirurgicale appliquée à la cure de la périostite chronique du sommet (*Bull. de la Soc. de chir.*).

PATHOGÉNIE DES ABCÈS PÉRI-MAXILLAIRES

(D'ORIGINE DENTAIRE)

Arthrite alvéolaire	Simple mono-articulaire		Phlegmon diffus. Phlébite des jugulaires, des sinus; nécroses partielles ou totales; nécrose phosphorée Phlegmons cervicaux, sus et sous-hyoïdiens; adéno-phlegmons; angine de Ludwig (?)	Intervention immédiate sur le lieu de début; extraction; drainage métallique des foyers; lavages antiseptiques. Négliger tout traitement symptomatique.
			Phlegmon circonscrit	Ablation de la cause initiale; ouverture des foyers; drainage e[redacted] antisepsie.
			Abcès, fistules cutanées ou muqueuses, mentonnière, etc.; kystes dits périostiques	Résection du sommet radiculaire; greffe.
			Abcès et catarrhes des sinus.	Ouverture du sinus; drainage.
			Phlegmon œdémateux (fluxion simple).	
	Poly-articulaire	suppur e. déformante. fongueuse.		
Accidents de la dent de sagesse	Muqueux		Gingivo-stomatite simple, ulcéreuse, ulcéro-membraneuse, fongueuse. Foyer purulent sous-muqueux, etc.	Même intervention sur le lieu du début; a[redacted] de la dent de sagesse; [redacted] des foyers; antisepsie[redacted]
	Osseux		Ostéite et nécrose, phlegmons et abcès des régions de l'angle de la mâchoire, rétractions musculaires, fistules cutanées.	
	Nerveux.			

maxillaires : phlegmon diffus, nécroses partielles ou totales des mâchoires, propagations aux régions cervicales sus et même sous-claviculaires, phlébite des jugulaires, des sinus et complications cérébrales le plus ordinairement mortelles.

Parmi les formes diverses de nécroses des mâchoires, la nécrose phosphorée elle-même n'échappe pas à cette pathogénie. On retrouve toujours dans les observations soigneusement recueillies de nécrose phosphorée *l'arthrite alvéolaire* au début des accidents et si cette nécrose est un peu spéciale par sa physionomie et par sa forme envahissante c'est sans doute parce qu'elle résulte de la double intervention d'un élément septique et d'un élément toxique.

Enfin, c'est à cette troisième courbe que doivent appartenir les cas encore assez mal définis de phlegmons des régions sus et sous-hyoïdiennes, du plancher de la bouche et dont l'obscurité seule a donné lieu à certaines interprétations telle que celle *d'angine de Ludwig.*

Tel est, Messieurs, selon nous, le tableau pathogénique des complications auxquelle peut donner lieu cette affection originelle, *l'arthrite alvéolaire*; le siège de celle-ci dans un lieu relativement profond au sein même du tissu osseux alvéolaire explique parfaitement, ce me semble, le processus des accidents qui, à l'élément inflammatoire et à la nature infectieuse, joignent encore des caractères de rétention. C'est en cherchant leur issue que les matières septiques produisent ces foyers intra-osseux bientôt suivis de propagations de voisinage et de tous les désordres prochains ou lointains qui ont été décrits. Ajoutons que si parfois l'une des formes si multiples que nous avons passées en revue apparaît d'emblée, il n'en est pas moins vrai que fort souvent il y a passage de l'une à l'autre. Une simple fistule gingivale ou faciale venant à se former accidentellement, peut entraîner la production du phlegmon diffus le plus grave. M. Verneuil a cité le cas de la simple obturation d'une dent ayant causé la mort. Nous en connaissons plusieurs exemples et le mécanisme qui leur donne lieu consiste simplement dans la rétention de matières septiques dans l'articulation alvéolaire, c'est-à-dire dans une *arthrite infectieuse* primitive suivie de phlegmon diffus.

D'autres passages s'observent encore. Ainsi la transformation d'un abcès à évolution rapide en un kyste de formation lente ou inversement; le passage d'une arthrite purulente du sommet dans la cavité du sinus sur le plancher des fosses nasales, etc.

Abordons maintenant et pour terminer la question de la dent de

sagesse, autre source non moins fréquente et pas moins grave des phlegmons péri-maxillaires.

Or, la conception de l'arthrite alvéolaire et de ses divers processus pathogéniques s'applique parfaitement à la genèse de ces accidents, sauf quelques variations de détail.

On sait que les accidents dus à la dent de sagesse sont classés ordinairement sous trois groupes : les *accidents muqueux*, les *accidents osseux*, les *accidents nerveux* ou *névralgiques*.

Négligeons ces derniers et constatons tout d'abord que les accidents muqueux appartiennent surtout à l'histoire de la gingivo-stomatite : stomatite d'abord, locale simple, ulcéreuse ou alors membraneuse, forme à laquelle se réduit la prétendue stomatite ulcéreuse spécifique et épidémique du soldat, affection qui n'a sans doute jamais existé.

Telles sont les formes initiales des accidents do la dent de sagesse; mais dès qu'on franchit cette période pour passer aux phénomènes osseux, aux complications phlegmoneuses du voisinage, il faut de nouveau faire intervenir l'arthrite alvéolaire née par propagation infectieuse de la stomatite primitive. M. Verneuil a bien justement insisté sur ces formes transitoires en réclamant qu'on décrive la stomatite infectieuse et la périostite infectieuse. Il réserve aussi une place à l'angine grave, l'angine de Ludwig. Rien ne peut paraître mieux fondé, bien que nous soyons disposé à nous récuser sur ce point. Notre but a été de chercher à fixer la pathogénie des phlegmons dont l'origine exclusivement dentaire nous a paru incontestablement démontrée.

Qu'il me soit permis enfin, Messieurs, d'aborder très brièvement et comme conséquence des considérations qui précèdent la question du traitement des phegmons péri-maxillaires.

Nous avons indiqué dans le cours de ce travail certains procédés thérapeutiques applicables aux formes bénignes, ajoutons un mot sur l'intervention dans les formes graves.

Ici nous avons été frappé de voir que, dans un grand nombre d'observations, les chirurgiens se sont tout d'abord adressés aux manifestations symptomatiques et secondaires, négligeant le lieu originaire du mal. Sans doute les accidents symptomatiques éclatent parfois avec une telle violence qu'ils s'imposent à l'attention et réclament une action prompte et énergique. Mais cette action s'exercera avec d'autant plus d'opportunité et d'effet qu'elle portera sur le lieu primitif.

Aucune objection sérieuse ne peut être faite à cette méthode sur laquelle repose dans bien des cas le salut d'un malade. L'état des parties, la rétraction des mâchoires, l'occlusion même com-

plète de la bouche ne sont pas des arguments pour retarder cette intervention. Un malade peut toujours être placé dans la résolution chloroformique qui permet de suite la fixation du diagnostic et la délivrance opératoire.

Cette remarque s'adresse tout spécialement encore aux accidents graves de la dent de sagesse qui s'éternisent et se compliquent si l'on hésite à s'adresser à cette dent même, au début de la première manifestation du voisinage. L'extraction de celle-ci s'impose donc tout d'abord et, si difficile qu'elle puisse être, n'en reste pas moins la condition *sine quâ non* de la guérison, puis par la voie ainsi ouverte, le chirurgien peut instituer le régime de drainage et la pratique de l'antisepsie la plus rigoureuse. C'est pour avoir méconnu ce principe, que dans certains cas, les formes les plus redoutables ont pu naître des lésions initiales les plus insignifiantes. Il y a donc ici une question de mesure et d'opportunité.

M. P. Reynier. J'ai, dans ma pratique personnelle, observé trois cas, dont les symptômes se rapportaient à ce type de phlegmasie gangréneuse sous-maxillaire, décrite par Ludwig. Ce sont ces trois observations que je désire vous communiquer avec les quelques réflexions qu'elles m'ont suggérées.

La première observation date de 1883.

Un jour de garde pour le Bureau central, je fus appelé par l'interne de garde auprès d'un malade âgé de 55 ans, qui présentait les symptômes suivants :

La figure terreuse, plombée, de cet homme présentait un gonflement dur, ligneux, diffus de toute la région sous-maxillaire. Du côté gauche, ce gonflement descendait jusqu'à la clavicule.

La bouche était légèrement entr'ouverte; l'écartement des mâchoires très limité; il s'écoulait une salive assez fétide, sanguinolente. En portant le doigt dans l'intérieur de la cavité buccale, on sentait la langue soulevée et repoussée par une tumeur de la forme d'une grenouillette, la muqueuse tuméfiée formait au niveau des gencives un bourrelet.

La peau qui recouvrait la tuméfaction du cou était marbrée, blanche. Le doigt ne laissait pas d'empreinte.

Le pouls était petit, précipité, la température à 39°, et le malade respirait avec peine. On n'entendait toutefois pas le bruit caractéristique de l'œdème des replis aryteno-épiglottiques, et c'était cependant dans la crainte de l'aphyxie imminente que l'interne m'avait appelé.

Quant à l'histoire de ce malade, elle était courte. 6 jours auparavant cet homme alcoolique et albuminurique avait été pris à la suite de maux de dents de frisson. Le lendemain était survenu un gonflement de la région sous-maxillaire, avec élévation de température et dysphagie.

L'interne qui l'avait vu le 4e jour du début de ce malaise avait cru à un adéno-phlegmon ordinaire et s'était contenté de faire mettre des cataplasmes. Le lendemain le gonflement avait augmenté, il empêchait l'écartement des mâchoires, et ce n'était que depuis le matin que le gonflement avait descendu, et que les symptômes généraux avaient pris de plus en plus ce caractère alarmant.

Avec le thermocautère je débridai largement la région sous-maxillaire, traversant le plan aponévrotique, ouvrant la loge sous-maxillaire, dans laquelle la glande sous-maxillaire était intacte.

Je ne trouvai pas de pus collecté, mais je traversai des couches de tissu cellulaire et de muscles gangrenés remplis d'une sérosité sanguinolente, fétide, contenant des bulles de gaz. Comme aspect cela rappelait ce qu'on voit quand on ouvre des emphysèmes traumatiques, ou certaines lymphangites gangréneuses des membres. Le tout fut recouvert de compresses au sublimé.

Malgré cette large intervention le malade mourait dans la nuit dans le coma.

Ma seconde observation date de 1889. Elle a trait à un malade de 47 ans, que j'ai vu avec le Dr Lelion, ancien interne distingué des hôpitaux, qui a bien voulu me communiquer l'histoire du malade, histoire qu'il avait rédigée, tant ce fait l'avait frappé.

Voici donc l'observation telle que me l'a remise M. le Dr Lelion.

Le malade avait fait abus de vin pur et d'alcool. Il avait été soigné par M. Lelion pour de la glycosurie. A un moment, il avait rendu plus de 60 grammes de sucre par litre. Grâce à un régime sévère, le sucre avait disparu depuis plusieurs mois. Quinze jours avant les accidents, qui ont déterminé la mort, l'analyse était encore négative, et ne révélait que quelques traces d'albumine.

A l'occasion de quelques douleurs névralgiques du côté droit de face, le malade crut devoir se faire arracher deux dents qui étaient malades. Ces douleurs névralgiques sont intéressantes à noter, car semble que là nous avions préparé le terrain des accidents de névrite si commun chez les diabétiques.

A la suite de l'avulsion d'une de ces dents, une 2e molaire inférieure droite, une hémorrhagie se produisit, persistante, abondante, paraît-il, car le dentiste eut recours pour l'arrêter à l'application du perchlorure de fer.

Deux jours après l'avulsion de ces dents, les douleurs persistant, semblant augmenter, M. le Dr Lelion fut appelé.

Il ne constata rien dans la bouche, mais un peu d'engorgement sous-maxillaire droit.

Il prescrivit du sulfate de quinine, un gargarisme émollient avec décoction de guimauve.

Le surlendemain, 4e jour de la maladie, M. Lelion revoyait son malade, et apprenait que depuis la veille il exhalait une odeur infecte par

la bouche et salivait abondamment. Le matin même il s'était produit un écoulement sanguinolent.

A l'examen, il constata, s'élevant de la cavité de l'alvéole où la dent avait été arrachée, une masse d'un gris noirâtre, molle, ayant l'aspect de tissu mortifié.

Le malade ouvrait la bouche avec peine; l'engorgement sous-maxillaire droit était plus marqué et tendait à envahir un peu le côté gauche.

M. Lelion prescrivit des gargarismes boriqués. Le soir, l'envahissement de la région sus-hyoïdienne continuait; les glandes sublinguales étaient le siège d'une tuméfaction œdémateuse refoulant la langue en haut, comme l'aurait fait une grenouillette aiguë. Il n'y avait pas eu encore de frisson, pas de fièvre.

Le 14 octobre, 5e jour, la déglutition était difficile. Il était impossible de constater l'état de la gorge, le malade ne pouvant ouvrir la bouche. La tuméfaction de la région gauche s'était étendue à la région parotidienne du même côté sans rougeur appréciable et sans douleur grande à la palpation. Le côté droit, primitivement pris, tendait à se dégager de plus en plus. Vers 10 heures du matin, le malade est pris d'un grand frisson suivi de fièvre, avec 39° de température.

M. le Dr Herard, appelé en consultation, ajouta au traitement du salol, dans le but de diminuer la dysphagie.

14 octobre, 6e jour de la maladie. Toute l'affection semblait avoir passé du côté gauche. Il y avait là une tuméfaction œdémateuse des régions sous-maxillaire et parotidienne sans coloration le matin, mais avec une teinte d'un noir violacé le soir dans les parties déclives de l'engorgement.

M. Lelion parvint alors avec peine à faire ouvrir un peu la bouche du malade et distingua une tuméfaction de la partie gauche du voile du palais, rappelant celle de l'angine phlegmoneuse. Quant à la tuméfaction des glandes sublinguales, elle avait diminué; la difficulté d'alimentation était croissante, il n'y avait pas eu de nouveaux frissons, mais la fièvre était continue, la température élevée.

Le 16 octobre, 7e jour, mort. Après une nuit agitée, la dysphagie semblait s'être amendée, on en profite pour alimenter un peu le malade avec du lait, du grog.

Extérieurement la coloration de la peau est toujours d'un noir violacé, et cette teinte a gagné la région sus-claviculaire.

C'est alors qu'on m'appela; je trouvai le malade levé, parlant, mais pâle, le pouls filant, respirant avec peine, la température à 39°. Je portai le diagnostic d'angine de Ludwig et parlai immédiatement d'intervention. Mais je n'avais pas les instruments nécessaires. Quand trois heures après je revins, je trouvai le malade agonisant, le pouls avait disparu; toute intervention était inutile. Le malade mourait quelque temps après, sept jours après le début des accidents.

Quant à ma troisième observation, je l'ai recueillie à l'hôpita

Lariboisière, alors que je remplaçai M. Duplay pendant les vacances.

Il s'agissait, dans ce cas, d'un homme de 25 ans, un pauvre diable qui arrivait de Lyon à pied, surmené, mourant de faim, et ayant couché souvent à la belle étoile. Quand on l'amena dans le service venant du Bureau central, il présentait une tuméfaction ligneuse de la région sous-maxillaire, englobant tout le maxillaire. Cette tuméfaction descendait sur les parties latérales du côté droit. La peau était normale comme coloration, le malade pouvait à peine écarter les mâchoires; les mouvements de la tête étaient gênés; la déglutition était difficile. Avec le doigt introduit avec peine, on sentait la langue soulevée par une tumeur formant bourrelet à la face interne du maxillaire. La température était élevée, la peau sèche, brûlante, les yeux avaient une coloration ictérique. Le malade était très prostré.

C'est avec peine qu'il nous donna les renseignements suivants. Il avait de mauvaises dents, mais il n'en souffrait pas, lorsque, cinq jours après son entrée, il avait été pris subitement de frisson violent, de douleur de tête. Le lendemain, il avait de la peine à avaler, et voyait une grosseur commencer à l'angle droit du maxillaire. La fièvre avait continué, et la tuméfaction avait augmenté.

Ne sentant nulle part de fluctuation, je remis au lendemain pour intervenir. Le lendemain, je trouvai le malade respirant avec peine, menacé de suffocation. Avec le thermocautère, j'incisai du côté droit. Je tombai sous l'aponévrose dans un foyer gangréneux contenant du pus très fétide non collecté, mêlé de bulles gazeuses, au milieu de détritus celluleux gangrénés.

Malgré cette incision, l'état général continua à devenir de plus en plus mauvais, et le 9e jour du début des accidents, le malade mourait dans le coma.

L'autopsie fut faite, malheureusement très-incomplète. On trouva tout le tissu cellulaire des régions sous-maxillaire et de la région sterno-mastoïdienne gangréné, les muscles étaient en bouillie, sphacélés, l'aspect des tissus rappelait celui que nous sommes habitués à voir dans les lymphangites gangréneuses. La glande sous-maxillaire était tuméfiée, ramollie, infiltrée de pus. Les poumons présentaient de la congestion pulmonaire aux deux bases. Les reins n'avaient rien, mais la rate était augmentée de volume, diffluente.

Telles sont mes observations personnelles.

Si je me rapporte à ce que j'ai vu par moi-même, si je compare d'autre part mes observations avec celles qui ont été publiées par Bœhler, par Tissier (*Progrès médical*, 1886), je n'hésite pas à rejeter avec M. Nélaton, avec Bœhler et beaucoup d'autres cette dénomination d'angine de Ludwig, qui est un terme impropre, et prête à confusion.

Sous ce nom en effet, dans l'état de nos connaissances actuelles, on classerait tout un groupe de phlegmasies, gangreneuses, très septiques, encore mal connues comme le faisait remarquer M. Quénu, de la région sus-hyoïdienne, qui n'ont de commun avec les angines, que le symptôme très accessoire de dysphagie.

Il nous faudrait un certain nombre d'examens bactériologiques concluants pour pouvoir nous prononcer sur la nature exacte de ces phlegmasies. Et je regrette que cette discussion soit commencée sans en avoir les éléments suffisants.

Cependant si nous relisons les observations, si nous tenons compte du point de départ, de la marche, des symptômes généraux de ces phlegmasies, on est très porté à penser, qu'on se trouve, dans la majorité des cas, placé sous le nom d'angines de Ludwig, en présence d'affections qui ne sont que des phlegmons diffus, ou des lymphangites gangreneuses aboutissant rapidement au sphacèle soit par le fait de la septicité particulière de l'affection, soit par suite des terrains sur lesquels elle se développe ; ma deuxième observation où le diabète a joué un grand rôle, en est une preuve.

C'était d'ailleurs l'idée de Ludwig, qui pensait avoir affaire dans ces cas à un érysipèle, qui se propageait vers les ganglions du cou, au lieu de marcher vers la surface. Il admettait de plus, qu'il devait y avoir un état des nerfs spécial pour favoriser la gangrène. Mon observation II où des douleurs de névrite avaient précédé l'apparition des accidents viendrait à l'appui de cette manière de voir.

Mais nous retrouvons là la physiologie pathologique de tous les phlegmons diffus, de toutes les lymphangites gangréneuses, qui se développent sur d'autres parties du corps ; on n'a pas cru devoir pour chaque région donner un nom spécial. Je ne vois pas la nécessité de signaler plus particulièrement ces phlegmasies de la région sus-hyoïdienne.

Par le fait de la région où elles se développent, région comprise entre l'aponévrose et la muqueuse du plancher buccal, elles donnent il est vrai lieu à certains symptômes, spéciaux, tels que la dysphagie, l'asphyxie par œdème des replis aryténo-épiglotiques, le soulèvement du plancher buccal.

Mais ces symptômes ne suffisent pas pour créer une entité morbide. Dans le simple adéno-phlegmon profond du cou, on peut voir en effet survenir les mêmes symptômes.

En ne tenant compte que des symptômes signalés par Ludwig, on risquerait de classer sous le même titre des phlegmasies, fort différentes comme marche et comme pronostic. Au début le diagnostic de la nature de l'affection peut être difficile.

C'est ainsi que, que, dans la thèse de Bœhler, on nous signale des angines de Ludwig, qui auraient guéri spontanément, ou encore des cas où l'incision ouvrit des foyers purulents, fort différents comme aspect de ces bouillies de muscles et de tissus cellulaire, sphacelées que la majorité des auteurs regardent comme la caractéristique de l'anatomie pathologique de l'angine de Ludwig.

Du travail de Ludwig la seule chose qu'il faut retenir, c'est que de l'intérieur de la cavité buccale peuvent partir des phlegmasies extrêmement infectieuses, qui, pour moi, jusqu'à nouvel ordre ne sont que des lymphangites, phlegmasies qui peuvent rapidement amener la mort.

Le siège primitif de ces phlegmons est la partie sus-aponévrotique de la région sus-hyoïdienne, sous-jacente à la muqueuse du plancher buccal.

Le point de départ ou la porte d'entrée de ces infections peut être multiple; souvent ce sera la dent de sagesse, comme le faisait remarquer M. Linon, mais cela peut être toute autre dent, cela peut être une gingivite, une plaie de la langue, une lésion de l'amygdale, comme on en trouve des exemples dans la thèse de Bœhler.

Tout d'abord l'infection reste localisée dans les lymphatiques et les ganglions qui sont disséminés autour des glandes salivaires.

Comme le point de départ est différent, la première étape des phénomènes infectieux peut varier. Tantôt ce seront les ganglions voisins de la parotide, tantôt ceux de la loge sous-maxillaire, tantôt ceux de la glande sublinguale. C'est ce qui explique que le gonflement limité du début des premiers jours, des premières heures, peut être plus ou moins éloigné de la ligne médiane, plus ou moins latéral, parotidien, sous-maxillaire ou sublingual.

Dans quelques cas la glande sous-maxillaire a pu être respectée, dans d'autres détruite.

De cette première étape la phlegmasie diffuse s'étend au-dessus de l'aponévrose, au-dessus du muscle mylo-hyoïdien; c'est alors que, par le fait de cette inflammation sus-aponévrotique, le plancher de la bouche est soulevé, et que se forme le bourrelet gingival. C'est alors que nous avons les caractères donnés par Ludwig, la tuméfaction ligneuse de la région sus-hyoïdienne, et ce soulèvement de la langue par une tumeur rappelant comme aspect une grenouillette. Mais suivant que les ganglions sus-linguaux auront été primitivement ou secondairement pris, on n'aura que plus ou moins rapidement cette déformation de la région. Le foyer gangreneux sera plus ou moins rapproché de la ligne médiane, suivant l'époque où on interviendra. On ne saurait donc

poser en principe que dans tous les cas il faudrait sectionner comme le conseille M. Delorme, le muscle mylo-hyoïdien.

Dans quelque cas il faudra plus se rapprocher de la parotide, dans d'autres cas il faut débrider largement et profondément, en ouvrant la loge sus-aponévrotique, et les différentes loges que forment les prolongements de l'aponévrose cervicale autour des glandes salivaires.

Mais le plus souvent cette incision ne saurait être unique. Dans les cas qui se rapportent le plus à la description de Ludwig, on n'a pas un foyer limité, et comme dans les phlegmasies gangreneuses des membres, les débridements devront être multiples.

Malgré ces débridements, souvent le malade mourra; car dans les vraies angines de Ludwig, celles encore une fois, qui se rapportent le plus à sa description, les phénomènes généraux priment les phénomènes locaux; le plus souvent quand on intervient l'infection générale est déjà profonde.

C'est cette septicité particulière, cette tendance au sphacèle, qui distingue les faits décrits sous le nom d'angines de Ludwig, des adéno-phlegmons sus-aponévrotiques, que nous voyons ordinairement.

Or comme je l'ai dit plus haut, si on doit faire jouer un grand rôle à l'élément septique qui pénètre l'économie, il faut tenir grand compte du terrain.

Tel individu pour la même lésion fera un adéno-phlegmon, tel autre une angine de Ludwig, et cette angine évoluera plus ou moins vite, pourra être plus ou moins facilement arrêtée, suivant la résistance plus ou moins grande du sujet à l'infection.

Aussi si M. Delorme a sauvé ses malades, tandis que j'ai perdu les miens, et tous les deux nous étions intervenu aussi largement, c'est que lui avait affaire à de jeunes soldats, tandis que mes malades étaient vieux et avaient des économies détériorées par des troubles antérieurs.

M. Verneuil. Je ne suis pas ennemi d'un néologisme raisonnable mais je demande à M. Magitot qu'il m'explique ce mot d'*arthrite alvéolaire* que j'ai peine à admettre. Il ne me semble guère qu'on puisse reconnaître une vraie articulation entre la dent et son alvéole. A ce compte ne pourrait-on tout aussi bien parler d'*arthrite pileuse* ?

La question initiale du débat a été très élargie ; on est parti de l'angine de Ludwig pour passer en revue tous les phlegmons du cou et chercher à déterminer leurs causes. M. Magitot, en admettant presque uniquement le départ dentaire, me semble avoir rétréci la question. J'admets quatre points de départ : 1° le phar ux

x,

avec les formes graves d'angine gangreneuse ; 2° l'amygdale ; 3° le système dentaire; 4° le système osseux. M. Magitot doit tenir compte de ces diverses origines. Du reste, il y a déjà bien longtemps que la Société a discuté cette question; la première discussion remonte à quarante ans, à la communication dans laquelle M. Richet a décrit la septicémie buccale consécutive aux fractures du maxillaire.

Je demande qu'on se rappelle ces faits et qu'on fasse pour ces divers phlegmons une place semblable et équivalente aux phlegmons d'origine dentaire.

M. Reynier a judicieusement noté l'influence du terrain sur l'évolution de ces phlegmons; ses observations sont très intéressantes et démontrent qu'un phlegmon parti de la bouche peut être bénin ou malin suivant que la constitution est bonne ou que la lésion se développe chez un alcoolique, un diabétique, etc.

J'accorde que les examens bactériologiques actuels ne sont pas très nombreux et je demande qu'on veuille bien se mettre à cette étude ; d'ici à un an, je ne doute pas que la question ne soit vidée. J'ai moi-même étudié déjà les abcès *spirillaires* qui ont une intensité et une gravité extrêmes. C'est le *spirille* qui est le premier microbe de ces collections; au bout de huit jours, il a disparu et est remplacé par le streptocoque. On peut, du reste, y observer d'autres microbes ; la bouche renferme une foule de microbes pathogènes qui peuvent chacun être le point de départ d'une infection.

M. Magitot. M. Verneuil m'accuse de néologisme parce que j'ai décrit *l'arthrite alvéolaire* au lieu et place de l'ancienne *périostite alvéolaire*. J'en suis d'autant moins coupable que j'ai décrit naguère, moi-même, les lésions précisément sous ce nom de *périostite alvéolaire*. Mais les anatomistes modernes ont démontré qu'il y avait entre les dents et les mâchoires une articulation véritable : surfaces articulaires, fibres de Charpey passant directement d'une surface à l'autre, aucune trace de périoste véritable; de plus, si chez l'homme, cette nature articulaire n'est pas de la première évidence, il ne faut pas oublier que chez les animaux ce caractère s'établit de la manière la plus précise. Chez les premiers, par exemple, il existe entre les dents et les mâchoires des ligaments inter-articulaires et des dents dressées démesurément obéissant à un véritable système musculaire. Les anciens anatomistes, frappés sans doute des particularités d'anatomie comparée, avaient d'ailleurs décrit sous le nom de *gomphose* le système articulaire des dents aux mâchoires.

M. Verneuil me fait un autre reproche, c'est celui de n'avoir

pas soumis à la même description et au même tableau les abcès ayant une origine pharyngienne, amygdalienne, osseuse. Mais je n'avais pas à décrire les phlegmons d'origine pharyngienne et amygdalienne qui appartiennent à l'histoire de l'angine, et quant aux phlegmons d'origine osseuse, je ne sais pas si, en dehors des traumatismes ou des néoplasmes, il existe des lésions osseuses qui ne se rattachent pas plus ou moins étroitement à l'appareil dentaire. Enfin je dirai que j'ai dû me borner à l'histoire des phegmons d'origine dentaire exclusivement : c'est le but de ma communication.

M. Nélaton. M. Magitot admet-il, comme M. Linon et moi, que les phlegmons infectieux du cou soient toujours précédés d'une ulcération gingivale qui devient la porte d'entrée du principe infectieux ? Ou bien pense-t-il que des phlegmons du cou puissent se voir, la muqueuse gingivale restant intacte? Dans ce cas, la cause de la phlegmasie serait purement mécanique et due au défaut de développement de l'arcade alvéolaire. M. Linon et moi, nous avons rejeté, après MM. Redier, Cornudet, Galippe, etc. cette pathogénie et je serais heureux de connaître l'opinion de M. Magitot à cet égard.

M. Magitot. M. Nélaton me demande si dans la pathogénie des accidents graves et profonds de la dent de sagesse, je crois à l'envahissement septique par une porte d'entrée qui serait l'ulcération ou l'érosion de la muqueuse au début des accidents.

Or, on sait que pour expliquer la pathogénie des accidents de la dent de sagesse, il y a deux théories, la *théorie mécanique* et la *théorie septique.*

Dans la théorie mécanique on admet que la dent de sagesse cherchant à évoluer dans un espace insuffisant exerce dans son voisinage sur la muqueuse buccale et même sur le tissu osseux une compression qui devient l'origine du mal ; dans la théorie septique il faut invoquer l'envahissement infectieux, partant d'une stomatite ou d'une ulcération initiale de la muqueuse.

Ces deux théories sont loin de s'exclure ; je dirai même qu'elles se complètent. Lorsque la dent de sagesse cherche son issue dans sa place insuffisante à la recevoir, elle soulève tout d'abord la muqueuse qui, triturée par les dents de la mâchoire opposée, s'enflamme, s'ulcère et devient un foyer septique d'où se propage l'infection aux régions profondes, à l'articulation alvéolaire, au tissu osseux sous-jacent et même atteint les régions de voisinage qui, de ce point initial, se trouvent envahis successivement.

Je crois donc fermement à la théorie septique de ces accidents sans refuser, à leur début même, une part importante à la compression.

Communication.

Grand abcès du foie. Curetage. Bactériologie.

Par M. Fontan (de Toulon), membre correspondant.

(Note lue par M. le Secrétaire général.)

Depuis la dernière communication que je fis à la Société de chirurgie en décembre 1891, sur le traitement *des abcès du foie par l'ouverture large avec curetage* [1], j'ai eu plusieurs fois encore l'occasion de pratiquer cette intervention. Je publierai ultérieurement une statistique intégrale, mais je veux pour le moment citer deux faits particulièrement intéressants au point de vue du *curetage* et de la *bactériologie*.

Pour cette dernière question je m'en remets entièrement aux recherches très autorisées de mon excellent ami le docteur Bertrand, médecin principal de la marine.

Obs. I. — Frangeul, soldat d'infanterie de marine, né dans la Loire-Inférieure, n'est jamais allé aux colonies. Après six mois de séjour à Toulon, il est allé aux grandes manœuvres de l'Est, y contracte une fièvre typhoïde, et, convalescent, retourne chez lui en Bretagne. Là, une diarrhée rebelle s'établit et le fait entrer à Saint-Mandrier le 23 avril 1892, à l'expiration de son congé. Selles liquides, parfois sanglantes. Douleurs hépatiques depuis quelques semaines. Fièvre coïncidant avec les poussées douloureuses ; amaigrissement considérable, véritable cachexie. Signes de condensation pulmonaire à droite, que l'on regarde comme un début de tuberculose. Le 20 mai, la voussure à droite accusant nettement la présence d'un abcès du foie, le malade passe à la salle des blessés.

21 *mai*. Chloroformisation sans incident. Pas de ponction préalable, la fluctuation étant manifeste dans le huitième espace intercostal ; incision de 8 centimètres sur le bord supérieur de la neuvième côte, puis résection rapide de 7 à 8 centimètres de celle-ci.

L'abcès se trouve ainsi ouvert du même coup, sa paroi externe étant formée par la paroi costo-diaphragmatique. Adhérence comblant l'espace pleural et l'espace sous-diaphragmatique. Évacuation d'un litre et demi de pus chocolat, filant, phlegmoneux, mêlé de grumeaux. Le doigt introduit dans la plaie explore une vaste cavité anfractueuse, déchiquetée, à parois tantôt revêtues de franges mollasses, tantôt de

[1] Fontan, *Soc. de chir.*, 23 décembre 1891.

masses fibrineuses concrètes. Nulle apparence de membrane d'enkystement, *Curetage prudent*, *méthodique*, *complet*. L'instrument pénètre dans plusieurs diverticules et s'arrête devant une sensation spéciale, une sorte de cri, qui annonce que l'on gratte le tissu hépatique sain.

Il ne se produit pas d'hémorrhagie notable.

Grand lavage de la cavité avec l'eau boriquée jusqu'à ce que l'eau ressorte claire, mise en place de deux gros drains en canons de fusil.

24 *mai*. Dès le lendemain, le malade très soulagé a pu reposer, il se sent très bien. L'appétit se réveille. La diarrhée a disparu. La voussure hépatique est affaissée ; l'eau des injections ressort si claire (4e jour) que je n'hésite pas à supprimer les drains. Je ne laisse dans la plaie qu'une bandelette de gaze iodoformée.

8 *juin*. L'exploration digitale de la plaie montre qu'il n'y a plus de cavité hépatique ; le foie est reformé.

Il n'existe qu'une petite poche entre le foie et le diaphragme et cette poche donne un son skodique.

1er *juin*. Le son skodique a disparu, il n'existe plus qu'une petite plaie de la paroi, non pénétrante et presque cicatrisée.

L'homme qui a repris excellent teint, excellent appétit, digère parfaitement et se promène toute la journée.

Exeat le 25 juin.

Bactériologie. — Le pus recueilli dans la plaie même, dès l'ouverture, avec les précautions de rigueur, a fourni à la coloration immédiate par la fuchsine des groupes caractéristiques et nombreux de staphylococcus pyogènes. Ensemencé dans un tube d'agar-agar peptonisé, il n'a fourni aucune culture. L'agar-agar est resté stérile. Nous avons regretté de n'avoir pas multiplié les essais de culture.

Obs. II. — Un homme de 30 ans ayant habité la Cochinchine pendant sept années, eut un abcès du foie, il y a dix-huit mois. Opéré dans la colonie par une incision de 2 à 3 centimètres près du creux épigastrique il guérit de ce premier abcès. Rapatrié en mai 1892 pour un second abcès, il subit à bord, au milieu de mai, une ponction qui lui enlève trois litres de pus. A son arrivée il offre une voussure énorme, une matité de 30 centimètres descendant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. La pointe du cœur est refoulée à gauche. Il est au dernier degré de la cachexie tropicale. Le 3 juin, ayant choisi le onzième espace intercostal, très en arrière, où l'on constate une fluctuation manifeste ; je pratique une incision de 10 centimètres et une résection de 8 centimètres de la douzième côte. Une petite ouverture pratiquée à la plèvre donne issue à une certaine quantité de liquide pleural citrin. Cette ouverture est suturée sans qu'il se soit produit de pneumothorax. Écoulement de plus de quatre litres de pus hépatique. *Curetage méthodique*, *prudent*, *mais* soutenu et *aussi complet que possible*, à l'aide de longues curettes utérines qui disparaissent en entier dans la poche. Doubles drains adossés, irrigation boriquée, jusqu'à ce que l'eau sorte parfaitement claire. Les suites paraissent

bonnes, quand un pneumo-thorax éclate, le 4 juin au soir (36 heures après l'opération) et fait succomber le malade le 6 au soir.

L'autopsie a démontré que le malade a succombé à un pneumothorax développé dans une plèvre déjà atteinte de pleurésie fibrineuse. Quant à la poche gigantesque de l'abcès du foie, déjà bien revenue sur elle-même, elle ne contenait presque pas de pus et les parois en étaient tapissées de bourgeons charnus, roses, actifs, indices d'une tendance excellente vers la cicatrisation. Cette constatation fournit une preuve convaincante de l'utilité du curetage.

Il n'y a pas eu d'examen bactériologique.

Obs. III. — Devoteau a fait quatre ans de séjour au Tonkin ; atteint de dysenterie et d'hépatite consécutive il est rapatrié en mars 1892. Il offre tous les signes de présomption d'un abcès du foie : volume et douleurs de l'organe, scapulalgie, mouvements fébriles irréguliers, toux hépatique, cachexie.

Plusieurs ponctions capillaires sont restées sans résultats et nous commencions à douter de la présence du pus, quand une pleurésie suraiguë apparaît brusquement à droite, en même temps que des crachats purulents sont expectorés. Trois jours après le début de ces accidents les signes d'un épanchement pleural abondant étant manifestes, je pratique une ponction aspiratrice dans le sixième espace intercostal et j'enlève de la plèvre 1,200 grammes de pus chocolat mêlé d'un liquide plus séreux.

Ce pus examiné au point de vue *bactériologique* donne, *soit à l'examen direct, soit par des cultures* sur gélatine des quantités considérables de staphylococcus pyogènes albus.

Nous ajouterons sans entrer dans de longs détails que cet homme finit par succomber à une péritonite, sans que plusieurs ponctions exploratrices dans le foie, aient jamais rencontré un foyer de suppuration. Or, à l'autopsie, on a trouvé quatre abcès peu volumineux, l'un ouvert dans la plèvre, l'autre dans le péritoine, et les autres cachés dans les profondeurs de l'organe.

Réflexions. — Sur les trois faits que je communique deux ont subi le *curetage méthodique*, le premier a guéri avec une rapidité surprenante puisque les drains ont pu être retirés le quatrième jour et qu'après dix jours de suppuration presque nulle, une poche hépatique qui avait contenu 1 litre et demi de pus était comblée ; cette rapidité dans la guérison est la plus grande observée jusqu'ici ; car en décembre 1891, je relatais comme tout à fait heureuse une cicatrisation obtenue en dix-huit jours. C'est évidemment au curetage qu'il faut attribuer cette simplicité et cette brièveté des suites.

Le second malade, celui qui a succombé au pneumothorax a permis de constater l'état d'un abcès du foie énorme, quatre jours après une opération de curetage.

Là encore, constatation très satisfaisante, retrait rapide de la poche, bourgeonnement de bonne nature sur toute la paroi, très peu de pus.

Au point de vue *bactériologique*, les deux échantillons de pus observés ont fourni deux résultats positifs; il est vrai que le pus de Frangeul n'a pas fourni de culture dans l'agar-agar, mais l'examen direct a été très affirmatif. Ce fait que des microbes pyogènes peuvent être constatés dans le pus du foie, alors que les cultures de ce pus sont demeurées stériles, permet de croire que dans les abcès anciens les microbes pyogènes ont péri, ou que leur vitalité s'est affaiblie, au point d'empêcher leur reproduction dans des milieux artificiels. Ces faits infirment les conclusions de M. Peyrot quant à la stérilité habituelle des abcès du foie. De pareilles conclusions doivent en effet paraître bien hâtives quand on remarquera qu'elles négligent les faits positifs et ne tiennent compte que des faits négatifs.

Il s'est passé chez notre malade ce que MM. Combemale et Lamy [1] ont observé chez un petit garçon atteint d'un bubon scarlatineux dont le pus ne donna aucune culture et laissa voir cependant, à l'examen direct, des streptocoques et des staphylocoques : « lorsque l'abcès a été ouvert, les microbes, disent les auteurs, avaient fait leur temps et étaient morts. »

La doctrine de la stérilité des abcès du foie a, il est vrai, quelques autres partisans. Kartulis n'avait trouvé de microbes pyogènes que dans 5 abcès du foie sur 12 examens. Laveran et Netter ont aussi fait des examens négatifs; enfin tout récemment MM. Arnaud et d'Astros [2], ne tenant compte que d'un fait négatif qu'ils ont enregistré, ont émis l'opinion que les abcès d'origine dysentrique sont ordinairement privés de microbes, *ce qui assure le succès de l'ouverture large.*

Nous ne nous arrêtons pas à cette dernière proposition que nous ne pouvons admettre en tant que chirurgien.

Mais au point de vue bactériologique, nous sommes aussi en désaccord formel avec ces divers auteurs.

Nous avons depuis quatre ans, M. Bertrand et moi, examiné le pus de 12 abcès du foie (y compris les deux cités dans ce travail); sur ces douze, deux sont nostras et dix coloniaux; tous dysentériques sauf un cas de pathogénie douteuse : *dans tous les cas, nous avons trouvé à l'examen direct, les microbes pyogènes*; dix fois les cultures ont été positives et ont donné le staphylococcus

[1] Combemale et Lamy, *Bulletin médical du Nord*, 1892, p. 1.

[2] Arnaud et d'Astros, *Congrès de Marseille pour l'avancement des sciences*, septembre 1891.

albus (8 fois) ou l'aureus (2 fois). Dans le onzième cas la culture n'a pas été faite et dans le douzième elle est restée négative. Nous avons cru devoir citer ces chiffres dès maintenant, afin de ne pas laisser s'ériger en doctrine, à l'aide de quelques faits négatifs, la prétendue stérilité des abcès du foie.

Discussion.

M. Peyrot. Je n'ai pas érigé en doctrine l'absence de microbes dans le pus des abcès du foie. J'ai seulement vu des cas où ces microbes faisaient défaut, et j'ai pensé que leur absence était la cause de l'innocuité de l'ouverture directe de ces abcès. J'ai même pensé et dit que ces microbes avaient pu exister à une autre époque et qu'ils avaient disparu au moment de l'incision. La longue évolution de ces abçès permet de soulever et d'admettre cette hypothèse.

Je crois qu'en pareil cas il est bon de faire une ponction pour savoir s'il y a des microbes dans le pus, d'en faire des cultures et de se comporter suivant les résultats de cet examen.

M. M. Sée. De ce qu'il n'y a plus de microbes dans la suppuration, il n'est pas permis de conclure qu'il y en a eu à une époque quelconque : il peut y avoir des suppurations sans microbes.

Communication.

Fistule stercorale datant de cinq mois, survenue après la laparotomie, et paraissant consécutive à l'ouverture spontanée d'une ovarite suppurée dans l'S iliaque. Entérorrhaphie. Guérison.

Par M. S. Pozzi, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

J'ai eu l'occasion, dans le cours d'une discussion survenue au mois de février dernier, de mentionner succinctement cette observation. Je la donne aujourd'hui *in extenso*. Il est, en effet, très important de ne publier ces succès que lorsqu'ils ont subi le contrôle du temps.

Cette malade, opérée depuis cinq mois, est toujours parfaitement guérie.

La première partie de l'observation m'a été remise par mon excellent collègue et ami Picqué, qui me remplaçait au mois de septembre de l'année dernière.

Je saisis cette occasion pour faire une rectification importante à

ma communication du 13 avril, contenant le relevé statistique des opérations pratiquées dans mon service pendant les années scolaires 1890-1891. Une erreur d'impression y a causé une regrettable lacune. Sur le total général des opérations que j'ai relatées, M. Picqué a fait quinze grandes opérations de 1890 à 1891 (ainsi que cela a été indiqué); mais les opérations qu'il a faites de 1891 à 1892, et qui sont au nombre de vingt-deux sans une seule mort, n'avaient pas été spécifiées. Je m'empresse de réparer cette omission, ce qui me permet de rendre hommage au zèle et à l'habileté de mon collaborateur.

Observation. — Marie Robert, 32 ans, ménagère, entre le 23 juillet 1891, salle Pascal A, n° 20, dans le service de M. Pozzi, suppléé par M. Picqué.

Pas d'antécédents personnels ou héréditaires importants à signaler. Réglée à 13 ans, de 20 à 30 ans, quatre accouchements. Les trois premiers se font normalement. Entre le deuxième et le troisième, la malade raconte qu'elle a fait une fausse couche de deux mois à la suite de laquelle elle avait eu une perte de sang abondante pendant plusieurs jours et éprouvé quelques douleurs de ventre.

Après le dernier accouchement, la malade éprouva, au troisième jour, une douleur assez vive dans la région des annexes du côté gauche, accompagnée de frissons répétés et assez intenses. Elle souffrit ainsi pendant deux mois : c'est alors que dans le côté gauche du ventre tout près du pli de l'aine apparut une tumeur très appréciable a la palpation. Les règles furent supprimées pendant six mois.

A 31 ans, nouvelle fausse couche de deux mois, accompagnée d'une perte abondante de sang pendant trois jours : un mois après, nouveaux frissons, fièvre, recrudescence des douleurs de ventre.

C'est alors qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate que l'utérus est gros, en légère antéversion. Le col a augmenté de volume, entr'ouvert, avec éversion de la muqueuse. Les annexes du côté droit sont prolabées dans le cul-de-sac de Douglas, légèrement augmentées de volume, adhérentes et douloureuses.

A gauche, il existe une tumeur de la grosseur d'une mandarine, donnant la sensation d'un empâtement profond, diffus, adhérent d'une part à l'utérus et de l'autre au pelvis ; on n'y trouve pas de fluctuation appréciable.

Laparotomie le 15 septembre par M. Picqué. L'incision faite selon les règles habituelles conduit sur une masse formée par les anses intestinales agglutinées entre elles et masquant la tumeur à laquelle elle adhère intimement.

L'incision de la paroi est agrandie : une partie de la tumeur est mise à nu, mais le doigt éprouve une réelle difficulté pour détacher les anses intestinales qui sont isolées une à une.

La trompe apparaît, peu altérée d'ailleurs, à son extrémité, l'ovaire parfaitement isolé sauf en un point où il adhère intimement à

la partie supérieure de l'S iliaque ; il est notablement augmenté de volume et *sonore à la percussion :* en le détachant avec soin, une large perforation de l'intestin apparaît. L'ovaire contient une poche assez spacieuse contenant du pus et des matières intestinales.

Il est certain que cette communication est ancienne. Les annexes sont ensuites enlevées. Suture de l'intestin et fixation du pédicule à la paroi à l'aide d'un fil d'argent de manière à fixer du même coup l'intestin suturé près de la paroi abdominale. Drainage de Mickulicz.

Au sixième jour des gaz et des matières s'échappent par la plaie. La fistule stercorale est établie.

Depuis lors, elle ne cesse de donner issue à des matières qui deviennent très abondantes lorsque la malade a la diarrhée. La majeure partie des fèces passe cependant par l'anus.

Le reste de l'observation a été rédigé par M. Albert Martin, interne de service.

Pendant une durée de cinq mois, la malade est tenue en observation dans le service, dans l'espoir de voir survenir la guérison spontanée. Des pansements antiseptiques à la gaze iodoformée sont faits au niveau de l'orifice, et l'antisepsie intestinale est assurée le mieux possible par l'administration du naphtol. Dans les derniers jours de janvier, en explorant la fistule avec une sonde cannelée, M. Pozzi sent la résistance produite par le fil d'argent dont il ignorait l'existence. Il pratique alors la dilatation de l'orifice avec la laminaire, et on peut ainsi arriver à retirer l'anse métallique. L'extrémité de l'index introduit dans la fistule ne permet de sentir aucun éperon.

Cette fistule siège vers la partie médiane de la cicatrice linéaire laissée par la laparotomie, au niveau de la ligne blanche, à quatre travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. Ses bords sont déprimés et légèrement ourlés par la muqueuse intestinale ; on y introduit facilement une sonde de femme qui s'y meut à l'aise, mais qui prend toujours la même direction oblique de haut en bas.

Devant l'insuccès de l'expectation et en présence du peu de chances qu'offre toute autre espèce de traitement que l'entérorrhaphie, M. Pozzi se décide à faire la laparotomie.

Opération, le 6 février 1892. — L'incision est faite avec précaution au niveau de l'ancienne cicatrice en se maintenant à deux travers de doigt au-dessus de la fistule, dans la crainte de tomber sur l'intestin adhérent. On arrive ainsi dans la cavité péritonéale par un orifice juste suffisant pour laisser passer l'index. Celui-ci est introduit de haut en bas, et c'est en se guidant sur lui que l'on incise avec des ciseaux en contournant les adhérences jusqu'au-dessous de l'orifice fistuleux ; on prolonge l'incision en haut et en bas de manière à ce qu'elle atteigne environ 12 centimètres. Elle siège à droite de l'orifice fistuleux. Une grande difficulté se présente alors. Il existe au niveau de la fistule une agglutination de trois anses intestinales formant une sorte de peloton

soudé par des adhérences. Par suite de la coudure de l'intestin une sonde introduite dans l'orifice prend toujours la même direction, si bien que l'on ne peut ainsi reconnaître que l'un des bouts de l'intestin perforé. M. Pozzi doit se décider à disséquer avec précaution le peloton intestinal entouré de compresses antiseptiques et maintenu au fond de la plaie écartée. Cette dissection est faite à petits coups à l'aide des ciseaux courbes avec une extrême prudence. On essaye de temps en temps d'introduire une sonde courbe dans le bout supérieur, et au bout de quelque temps on y réussit. Il est alors possible de reconnaître que l'intestin lésé est l'S iliaque adhérente par du tissu lardacé à la cicatrice abdominale et à deux anses du petit intestin. Cette libération constitue le premier temps de l'opération et non le moins délicat.

Restait à faire l'avivement et la suture de la perforation. Deux pinces de Quénu (pinces à pression munies d'un coussinet de caoutchouc) sont placées à quelque distance de la perforation, en haut et en bas, de manière à empêcher l'écoulement de matières intestinales. Le chirurgien avive alors avec des ciseaux bien affilés le pourtour de la perforation intestinale dont les bords sont boursouflés et déchiquetés. Son étendue est ainsi considérablement augmentée, et elle est susceptible de laisser passer le pouce.

La suture est faite avec des aiguilles très fines et de la soie de Chine stérilisée. Un premier plan de sutures est formé par un surjet qui affronte la muqueuse de manière à fermer hermétiquement la cavité intestinale. Dix-sept points de suture de Lembert forment le second étage.

La paroi abdominale est ensuite refermée par un double plan de suture au catgut auquel sont ajoutées deux sutures profondes à la soie. (Vu la minceur des parois abdominales, on s'est dispensé ici d'un surjet distinct pour le péritoine). On a eu soin auparavant de disséquer le trajet fistuleux et d'enlever tout le tissu cicatriciel au niveau de cet orifice.

L'opération a duré une heure.

Les suites sont des plus simples et sans aucune réaction. Cicatrisation complète par première intention.

La malade, qui avait été maintenue à la diète presque complète trois jours avant l'opération, est encore privée d'aliments solides pendant trois semaines. Durant la première semaine qui suit l'opération, la malade ne prend que trois verres de lait dans les vingt-quatre heures et un peu de champagne. On augmente ensuite progressivement la quantité de lait, qui demeure son seul aliment pendant trois semaines. Contrairement à l'habitude du service où l'on administre un lavement légèrement purgatif dès le lendemain des laparotomies, on maintient ici la constipation par des pilules d'extrait thébaïque jusqu'au huitième jour. Un lavement est alors donné, mais en ayant soin, pour éviter que le liquide ne pénètre au delà du rectum, de maintenir le sphincter dilaté avec deux doigts pendant qu'on donne le lavement, et d'aller chercher directement les matières dans l'ampoule rectale.

La malade reprend le régime alimentaire ordinaire au bout d'un mois. Sa santé depuis lors ne s'est pas démentie.

Communication et présentation de malade.

Kyste hydatique du poumon. Pneumotomie. Guérison,

Par M. Bouilly.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un jeune garçon de 15 ans et demi à qui j'ai pratiqué récemment une intéressante opération, sur la demande de notre collègue, M. Netter. Ce distingué médecin avait diagnostiqué chez ce malade un *kyste hydatique* du poumon gauche et avait, par la percussion et l'auscultation, localisé d'une manière tout à fait exacte et précise, le siège de la lésion.

Les phénomènes observés permettaient de conclure que la lésion siégeait à la partie supérieure et antéro-latérale du poumon gauche, que le kyste était enveloppé de toutes parts par le tissu pulmonaire et qu'il était ouvert dans les bronches. Une ponction exploratrice préalable avait ramené un liquide trouble, puriforme, contenant les crochets caractéristiques. On pouvait supposer des adhérences pleurales.

M. Netter se réserve de communiquer à la Société Médicale des Hôpitaux l'histoire clinique de son malade.

Il me demanda d'intervenir chirurgicalement et je pratiquai l'opération suivante, le 13 juin dernier; sous le chloroforme et après les précautions antiseptiques ordinaires, un trocart est enfoncé dans la région axillaire, dans le troisième espace intercostal et donne issue à un liquide trouble, blanchâtre, absolument analogue à celui qu'avait donné une ponction faite le 19 mai. Sûr d'être dans la cavité pathologique, je pratique une incision cutanée de 8 à 10 centimètres, légèrement courbe, à convexité inférieure, embrassant le trocart dans sa concavité. La courbure de cette incision est destinée à former un lambeau dans le cas où il serait nécessaire de réséquer plusieurs côtes. La quatrième côte est dénudée et réséquée rapidement sur une longueur d'environ 4 centimètres. Une épaisseur de tissu pleural et pulmonaire confondu d'environ 2 centimètres, est incisée et déchirée et le doigt pénètre dans une vaste cavité. Par l'incision pleuro-pulmonaire, grande d'environ 2 à 3 centimètres, une pince longue saisit et ramène une membrane hydatide flétrie, affaissée, très volumineuse, du volume environ des deux poings. En même temps s'échappent

à l'extérieur des gaz et un liquide purulent d'odeur absolument infecte. Une certaine quantité de sang et quelques membranes sont rendues par la bouche, par l'expectoration, témoignant ainsi de la communication de la cavité avec les bronches.

La poche retirée est unique; il n'y a pas de vésicules filles. La cavité dans laquelle elle était contenue a ses parois lisses, régulières, qui ne reviennent pas sur elles-mêmes. Une toilette de cette cavité est faite avec des tampons de coton hydrophile trempés dans une solution de sublimé extrêmement faible; un gros drain est plongé dans la poche. Suture des téguments au crin de Florence. Pansement antiseptique légèrement compressif.

Les suites opératoires furent des plus simples : on constata le lendemain et le surlendemain une petite poussée de congestion pulmonaire à la base du poumon gauche, avec élévation de température à 38° et 38° 5.

Le 19 juin, les fils sont enlevés; la réunion est obtenue partout, sauf au niveau du drain qui est raccourci.

Celui-ci est définitivement enlevé le 16 juillet; le 20, la cicatrisation est complète et parfaite, après sept pansements en tout depuis l'opération.

Le côté gauche du thorax est notablement moins ample que celui de droite; le périmètre total de la poitrine pris au niveau du mamelon mesure 66 centimètres : 32 à gauche, 34 à droite. La sonorité est revenue parfaitement normale dans tout le côté gauche; l'auscultation, pratiquée avec le plus grand soin, ne permet d'y reconnaître aucun phénomène anormal. La guérison est complète.

J'ai cru intéressant de présenter ce malade à la Société; ce cas représente un type des indications fournies et contrôlées par l'examen médical et remplies par la chirurgie.

(Les détails de l'observation m'ont été obligeamment fournis par M. Miraillé, interne du service de M. Netter.)

Communication.

Gangrène du poumon. Pneumotomie,

Par M. Ch. Monod.

Je tiens à rapprocher du fait intéressant que vient de nous rapporter M. Bouilly, une observation qui a avec la sienne certaines analogies, — d'abord parce qu'il s'agit, dans mon cas comme dans le sien, d'une intervention chirurgicale heureuse pour une lésion

limitée du poumon, ensuite parce que c'est le même médecin distingué, notre collègue des hôpitaux, M. Netter, qui a dirigé ma main, comme il a dirigé celle de M. Bouilly.

M. Netter faisait entrer dans mon service, au mois de mars dernier, un homme de 48 ans, chez lequel il avait reconnu l'existence, à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière, près de la colonne vertébrale, d'un foyer de gangrène, diagnostic confirmé par une ponction exploratrice. Il me conseillait d'aller à la recherche de ce foyer et de l'évacuer. Je me rendis à son avis.

Je pratiquai tout d'abord une nouvelle ponction que je fis, sous les indications de M. Netter, dans la partie postérieure du huitième espace intercostal, à trois ou quatre travers de doigt en dehors de la ligne des apophyses épineuses. Cette ponction ayant donné issue à un peu de liquide purulent, le trocart laissé en place et me servant de guide, je fis dans l'espace intercostal susdit une incision de 5 à 6 centimètres, qui me conduisit rapidement sur la plèvre. Celle-ci fut incisée à son tour et aussitôt le poumon apparaît, maintenu qu'il est par des adhérences à la paroi costale. L'incision du poumon ne donna d'abord que du sang, il fallut le débrider plus profondément, puis substituer le doigt au bistouri pour arriver à pénétrer dans ce foyer d'où s'échappe un flot de pus fétide.

La cavité ainsi ouverte est profonde, elle se dirige en haut et en dedans; le doigt, pour atteindre ses limites, s'y enfonce tout entier, soit à une profondeur qui peut être évaluée à 10 centimètres environ ; on a nettement la sensation qu'avant d'atteindre le foyer, on traverse une certaine épaisseur de tissu pulmonaire hépatisé.

La cavité est exactement nettoyée à l'aide de tampons imbibés de naphtol camphré. On ramène ainsi des débris filamenteux, dans lesquels on peut ultérieurement reconnaître au microscope des fragments de tissu pulmonaire nécrosé.

Afin d'assurer la bonne évacuation du foyer, on résèque la neuvième côte sur une étendue de 2 centimètres environ. — Double drain. — Suture de la plaie au crin de Florence, etc.

Je passe rapidement sur les suites de cette observation. L'amélioration du malade fut remarquablement prompte. L'expectoration changea de caractère puis cessa complètement. L'état général se releva. Huit jours après l'opération, les drains furent supprimés. Dix jours plus tard, le malade demanda son exeat. Il revint encore pendant une quinzaine faire panser un petit orifice fistuleux qui persiste, mais qui finit par se fermer complètement.

Je me réserve de revenir plus longuement sur certains détails de cette observation. Ce que j'en ai dit suffit à montrer, comme

nous le disait M. Bouilly, que l'action chirurgicale, guidée par des indications médicales précises, peut dans certaines formes de lésions pulmonaires aboutir à de bons résultats.

Présentation de malades.

1° *Ancienne luxation obturatrice, ostéotomie sous-trochantérienne, guérison,*

M. Jalaguier. J'ai l'honneur de vous présenter une jeune fille de 14 ans qui portait depuis plusieurs années une luxation obturatrice de la hanche droite, consécutive à une coxalgie. L'ankylose était complète, et la résection paraissait sinon impossible, du moins très difficile. Je pratiquai l'ostéotomie trochantérienne, immédiatement au-dessous du petit trochanter. La correction de l'attitude vicieuse se fit aisément; la guérison eut lieu sans suppuration, et après quarante-cinq jours d'extension continue la malade put commencer à marcher. Vous pouvez constater aujourd'hui (trois mois après l'opération, qui date du 26 avril) que la jeune fille marche bien, sans aucune fatigue, malgré une légère claudication due à un raccourcissement assez prononcé.

Discussion.

M. Paul Reynier. A propos de la communication de M. Jalaguier, je vous rappellerai que l'année dernière j'ai présenté à la Société une jeune fille de 20 ans qui avait eu une fracture du col non consolidée avec ascension du grand trochanter dans la fosse iliaque. L'accident datait de huit mois, et la malade ne pouvait quitter son lit. Je lui fis une ostéotomie de son grand trochanter, et réséquai la tête et e col fémoral. Quand je vous ai présenté la malade, elle marchait avec un appareil à coxalgie de Lefort et boitait. Aujourd'hui, au bout de dix-huit mois, grâce à un soulier un peu élevé, elle marche sans appareil, sans souffrir et presque sans boiter. Elle n'a pas d'ankylose et peut fléchir la cuisse. D'ailleurs elle a été, pour accouchement ou pour des affections médicales, dans plusieurs services où on a pu juger du résultat obtenu. Je crois donc, d'après ce que j'ai vu chez ma malade, que la marche de la malade de M. Jalaguier s'améliorera, et qu'il obtiendra un résultat encore meilleur de son opération, qui a déjà rendu de très grands services à sa malade.

2° *Péritonite purulente généralisée; laparotomie; guérison.*

M. Jalaguier présente au nom de M. Gérard-Marchant un enfant de 12 ans et demi opéré par la laparotomie médiane pour une péritonite purulente généralisée consécutive à une perforation de l'appendice iléo-cœcal.

M. Gérard-Marchant fut appelé à l'hôpital Trousseau le 15 juin à 10 heures du soir; les accidents avaient débuté le 12 juin dans l'après-midi.

L'état était grave : dyspnée, agitation, faciès grippé, ballonnement considérable. Cependant le pouls était à 90, et la température à 37°,4. M. Marchant trouva dans l'abdomen un liquide séreux, gris sale, d'odeur fécaloïde; l'intestin était couvert de fausses membranes; il y avait du pus en abondance dans le bassin.

L'appendice fut facilement découvert et réséqué, il portait une perforation près de la pointe et renfermait un corps étranger fécaloïde. Voici cet appendice avec son corps étranger.

M. Marchant fit une toilette soignée du péritoine avec des éponges et ferma la paroi abdominale sans drainage.

Les suites furent simples, sauf une élévation de température, 39°,5, qui survint le cinquième jour; je rouvris la plaie; il s'écoula un demi-verre de pus odorant, et tout rentra dans l'ordre. Vous pouvez voir aujourd'hui le malade complètement guéri.

3° *Transplantation de lambeau par la méthode italienne.*

M. Berger présente de la part de M. Quénu une jeune malade qui était atteinte de flexion permanente angulaire du coude due à une rétraction cicatricielle. M. Quénu, après avoir libéré la cicatrice, inséra au niveau du pli du coude un fort grand lambeau de 15 centimètres de long sur 12 de large, emprunté au côté correspondant du thorax auquel il fut laissé adhérent dix-huit jours par son pédicule. Après la section de ce dernier le lambeau a continué à vivre sur le membre supérieur dont il recouvre actuellement toute la région antérieure au niveau du coude. L'opérée a recouvré la presque totalité de l'extension de l'avant-bras sur le bras et M Berger ne doute pas que celle-ci ne soit dans peu de temps tout à fait complète. C'est un nouveau et très beau résultat à ajouter à ceux que l'autoplastie par la méthode italienne a remportés dans la cure de déformations cicatricielles et dont M. Berger présente depuis quinze ans de très nombreux exemples à la Société de chirurgie et à l'Académie de médecine.

Présentation de pièces.

1° *Kyste chyleux du mésentère; laparotomie; extirpation; guérison.*

M. Tuffier. Le malade que je vous présente est guéri d'une affection rare puisque je ne connais qu'une observation analogue, celle de MM. Millard-Tillaux (*Acad. de médecine*, 17 août 1880).

Il s'agit d'un kyste chyleux uniloculaire du mésentère.

Cet homme, âgé de 48 ans, était entré le 1er décembre 1891 dans le service de M. Fernet, à l'hôpital Beaujon. Il fut transféré dans le service de M. Th. Anger où je l'ai opéré. Les accidents datent de juin 1891 époque à laquelle on constata une « pelote de laine qui se promenait dans le bas-ventre et ne le gênait en aucune façon » elle s'éclipsait de temps en temps.

Le 22 novembre, il fut pris brusquement en chargeant une malle de douleurs abdominales extrêmement vives, avec vomissements qui simulaient un étranglement interne.

On le transporta à l'hôpital dans un état grave, qui permettait à peine l'exploration; aussi fus-je d'avis de le chloroformer. Je trouve alors une tumeur lisse, arrondie du volume d'une tête de fœtus, faisant saillie dans l'hypogastre, maté à la percussion, renitente. Elle est mobile tranversalement dans l'étendue des deux bords internes des fosses iliaques; on la refoule en haut jusque sous le foie et en bas jusqu'à la symphyse, mais on la sent nettement arrêtée de ce côté par des adhérences supérieures. Elle reste indifféremment dans la région où on la place mais sous-ombilicale. Refoulée à la partie supérieure sa matité fait place à la sonorité intestinale. Tous ces caractères me font placer la tumeur dans le grand épiploon et la forme, la marche du néoplasme, l'état général du sujet, me font dire kyste du grand épiploon.

Laparotomie le 3 décembre en présence de M. le Dr Fernet et avec l'aide de MM. Vercoustre et Harou, internes du service.

Incision de 12 centimètres au-dessous de l'ombilic. Le péritoine ouvert je trouve une tumeur du volume d'une tête de fœtus et je constate qu'elle siège dans le mésentère dont elle occupe toute la hauteur du bord adhérent de l'intestin jusqu'à son insertion vertébrale. Incision du feuillet antérieur du mésentère à sa partie supérieure jusqu'à trois centimètres du bord de l'intestin, région très vasculaire: décortication de la face antérieure de la tumeur qui se laisse assez facilement libérer; mêmes manœuvres pour son pôle supérieur.

Avant de libérer sa face postérieure, j'examine la consistance du néoplasme qui me paraît fluctuant. Ponction avec le gros trocart de l'appareil Potain.

Il s'écoule un liquide parfaitement blanc ressemblant en tous points à du lait épais ou à de la crème. Extraction de 600 centimètres cubes

de liquide, la poche est ainsi à moitié vidée. Je l'attire avec une pince à kyste et je continue la décortication postérieure; la paroi du kyste est séparée du feuillet postérieur du mésentère; quelques veines sont pincées au fur et à mesure.

Mais c'est au niveau du pôle supérieur de la tumeur près de l'insertion de l'intestin que les difficultés deviennent plus grandes. Les vaisseaux mésentériques (et surtout les veines) extrêmement dilatés rendent la décortication particulièrement délicate.

Je puis, cependant, extraire la poche dans sa totalité sans rompre aucun vaisseau; je n'ai qu'à lier deux veines de petit volume au point le plus déclive du mésentère. La poche étant extirpée, l'hémostase est parfaite; je suture au catgut l'incision du feuillet antérieur du mésentère dont les deux parois s'appliquent facilement l'une à l'autre. Toilette du péritoine, suture de la paroi abdominale en quatre étages. La séreuse, les muscles et l'aponévrose ont chacun un plan de suture continue au catgut. La peau est suturée au crin de Florence. Pansement de gaze iodoformée et d'ouate.

Les suites opératoires furent excellentes, les douleurs disparurent immédiatement après l'extirpation. La température n'a pas dépassé 37°.3.

Au septième jour, les fils superficiels furent enlevés et le malade sortit de l'hôpital, le 15 décembre 1891, parfaitement guéri.

Nous l'avons revu ces jours derniers, c'est-à-dire cinq mois après l'opération.

Depuis son opération il n'a jamais souffert, il a repris ses occupations et a notablement engraissé, sa cicatrice est parfaite, sans qu'il ait été obligé de porter une ceinture quelconque.

Les fonctions gastro-intestinales sont régulières et la palpation de l'abdomen ne révèle pas la moindre irrégularité.

Analyse chimique.— Le liquide d'apparence laiteuse non coagulable se sépare lentement en deux couches, la supérieure, rappelant assez exactement celle qui se forme à la surface du lait renferme seulement une plus grande quantité de matières grasses.

Le liquide extrait occupait un volume de 600 centimètres cubes, densité 1008, réaction alcaline.

Sa composition chimique examinée au volume d'un litre était :

Eau	8090
Matières solides	195

Comprenant :

Albumine	42,40
Matières grasses	139,80
Sels minéraux	12,80

Sels minéraux classés séparément :

Chlorure de sodium	90,80
Acide phosphorique ou phosphate	1,25

L'énorme quantité de matières grasses émulsionnées, l'absence complète de fibrine et de sucre sont tout à fait remarquables.

Les rares analyses de chyle que j'ai pu trouver mentionnent une bien moins grande quantité de matières grasses, en même temps que la présence presque constante de la fibrine.

Examen histologique. — Des coupes ont été faites au niveau des taches jaunes de la surface interne du kyste et en des points à surface lisse. Le tissu fondamental de la paroi est partout le même. Il est constitué par un tissu fibreux extrêmement serré qui donne aux coupes vues à l'œil nu et par transparence, un aspect fibro-cartilagineux. Les fibres sont tassées, parallèles, larges; leurs intervalles montrent à peine quelques figures étoilées. L'aspect est uniformément le même pour toute l'épaisseur de la paroi en dehors des taches jaunes. Au niveau de ces dernières s'ajoute la particularité suivante : vers la surface interne, les couches fibreuses sont écartées de manière à constituer des logettes allongées qui sont remplies de globules graisseux très aisément colorables par l'acide osmique et l'orcanète.

Ces globules sont indépendants, ne font pas partie des vésicules adipeuses proprement dites. Ils sont de volume très variable, depuis des grains minimes jusqu'à de grosses boules graisseuses égalant et dépassant le volume des vésicules adipeuses sous-péritonéales, qui sont également intéressées dans la coupe et font mieux ressortir la disposition particulière des amas adipeux précédents. Le ganglion lymphatique un peu gros qui était juxtaposé au kyste ne présente aucune altération histologique.

Aujourd'hui, sept mois après l'opération, le malade est en parfait état. Il n'a jamais présenté aucun accident imputable à sa maladie ou à son opération.

Par une coïncidence étrange, j'ai opéré il y a huit jours un autre malade atteint d'une affection semblable.

Il s'agit d'un enfant de 12 ans que m'a adressé mon collègue et ami, M. Gilbert. Les accidents revêtaient la forme d'osbtruction intestinale chronique datant de plusieurs années. Le kyste très volumineux différait du premier par sa composition mi-chyleuse, mi-séreuse et par la multiplicité des loges. Il était analogue à celui que M. Demons nous a fait connaître.

La décortication ne put être pratiquée; je fis le drainage de trois poches contenant l'une, un litre de liquide séreux, l'autre deux litres de liquide chyleux; la troisième plus petite.

De très nombreux petits kystes infiltraient le mésentère. Le malade est en très bon état et les dix observations publiées à l'étranger dans lesquels cette conduite a été tenue me permettent de bien augurer du résultat.

La marche de l'affection et l'âge du malade me font croire qu'il s'agit ici de kystes congénitaux.

2° *Myxo-adénome du col utérin.*

M. Paul Reynier. Je vous présente une pièce que j'ai enlevée il y a trois jours à une malade, qui va bien aujourd'hui, et pour laquelle je n'ai plus de craintes à avoir. Il s'agit d'un utérus, qui présente implanté sur la lèvre postérieure du col, un polype allongé ayant la forme et la dimension d'un cœur hypertrophié. Ce polype est constitué par une masse molle, se désagrégeant à la surface en une quantité de masses ayant l'aspect des grains d'un raisin muscat. Sur certains points on voit une substance gélatineuse analogue à de la gélatine de Wharton.

Le point d'implantation se fait sur toute la lèvre postérieure, dont le tissu se continue avec celui de la tumeur. En arrière, la lèvre postérieure du col est dure et a une consistance épithéliomateuse. C'est cette consistance qui m'a décidé à faire l'hystérectomie vaginale et à enlever tout l'utérus.

J'ai donné des morceaux de cette tumeur à examiner à M. Pilliet, dont la compétence vous est connue; je vous rendrai ultérieurement compte de cet examen.

A la coupe et à la vue, il nous semble que nous avons affaire ici à un de ces myxo-adénomes rares, qu'on voit quelquefois naître aux dépens des lèvres du col, et je comparerais cette tumeur à une qui a été enlevée par Mundé, et qui a été décrite dans l'*American Journal of obstetrics*, février 1889, sous le nom de myxo-adénome. C'est à cause de la rareté de ces pièces, que j'ai cru devoir vous la présenter.

3° *Accidents de sténose aiguë dans un cas de cancer du pylore; gastro-entérostomie.*

M. Schwartz présente les pièces résultant d'une opération de gastro-entérostomie.

Il s'agit d'un homme de 60 ans malade depuis sept mois seulement et présentant des digestions difficiles, quelquefois des vomissements alimentaires, en même temps, amaigrissement rapide, sans qu'il ait été jamais possible de constater la moindre tumeur au niveau du creux épigastrique. Depuis cinq jours, accidents aigus consistant en vomissements incessants de matières ayant la couleur et la consistance du marc de café. Hoquet continuel, refroidissement. Rien ne calme les vomissements et les hoquets, ni la glace, ni les lavements laudanisés, ni les injections de morphine. Du côté du ventre aucun ballonnement, il est plutôt en bateau.

Quand le malade est amené dans mon service pour qu'on tente

une intervention, s'il y a lieu, sa température est de 35°,2, son aspect celui d'un sujet atteint d'étranglement interne très grave. On le remonte par des piqûres d'éther, de caféine, lavements alimentaires de vin, œufs, peptone, champagne glacé. Le lendemain matin, la température est remonté à 36°,5 et je me décide à tenter la gastro-entérostomie pour parer à l'occlusion de la région pylorique par un cancer. Cette opération est pratiquée sous le chloroforme avec l'aide de mon collègue et ami le Dr Chaput.

Incision de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. J'explore immédiatement le pylore, qui est induré et bosselé, adhérent au niveau de la face inférieure du foie : le cancer se propage jusqu'à sur la moitié droite de la petite courbure ; ganglions de l'épiploon gastro-hépatique envahis par le néoplasme. Il eût été contre-indiqué de faire, dans le cas actuel, la pylorectomie, même l'état général du malade s'y prêtant. Recherche de la première anse du jéjunum, immédiatement à gauche de la colonne vertébrale en dessous du côlon transverse. Cette anse est amenée en avant et pour aller vite, nous décidons de faire la gastro-entérostomie antérieure. Elle est relevée en avant du grand épiploon et mise en regard de la face antérieure de l'estomac dans un point situé près de sa grande courbure et environ à 10 centimètres du pylore ; fixation des deux viscères l'un à l'autre à l'aide des petites pinces érignes de Chaput. Deux plans de sutures séro-séreuses entrecoupées à la soie n° 0 sont faits pour souder jéjunum et estomac, puis alors seulement on incise l'intestin d'abord à 3 millimètres des 2 plans séro-séreux, puis l'estomac, qui est vidé à l'aide d'un tube siphon de l'eau de Vichy qui a servi à faire un lavage avant l'opération.

Ligature sur une artère stomacale, sutures séro-musculo-muqueuses des deux lèvres inférieures, puis des deux supérieures, sans que rien ne s'écoule dans l'abdomen protégé par des compresses et des éponges montées sur des pinces ; encore deux plans séro-séreux sur la lèvre supérieure, et l'opération est terminée. Il a été fait 90 points de suture, 30 par plan. Le tout, a duré chloroforme compris et fermeture puis pansement une heure dix minutes. L'opéré reçoit immédiatement deux injections de caféine d'éther et est reporté dans son lit. A noter en passant que l'intestin grêle et le gros intestin étaient tellement rétractés, qu'il est certain que rien n'y avait passé depuis quelques jours déjà.

Pendant les premières vingt-quatre heures, l'état général est plutôt meilleur, les vomissements ont cessé, le hoquet aussi. Lavements alimentaires, glace à sucer. Le deuxième jour, quelques vomissements bilieux et un peu de hoquet. La température ne monte pas au delà de 36°,8, malgré six lavements alimentaires, du champagne glacé par petites cuillerées. Le troisième jour, l'opéré s'affaiblit : injections de caféine et d'éther. Le pouls est irrégulier, mais petit sans fréquence exagérée. Refroidissement progressif ; en même temps le hoquet le reprend. Succombe le quatrième jour à 4 heures du matin.

L'autopsie pratiquée vingt-quatre heures après, a montré le péritoine complètement indemne. Les sutures ont tenu et la région opéra-

toire est aussi nette que quatre jours avant. Une injection d'eau dans l'estomac passe dans le jéjunum sans difficulté. L'examen montre qu'outre le cancer du pylore et les ganglions il y avait des noyaux de cancer disséminés dans le foie. Rien nulle part ailleurs. Le pylore admet à peine le bout du petit doigt, il est envahi dans ses deux tiers supérieurs. Le tiers inférieur reste intact, et paraît oblitéré surtout par le poids de la partie supérieure qui vient fermer mécaniquement le passage encore libre. L'estomac contient un demi-litre environ d'un liquide verdâtre bilieux.

La pièce que nous avons l'honneur de présenter vous montre surtout combien la bouche gastro-intestinale était hermétiquement fermée du côté du péritoine et adaptée au passage des matières de l'estomac dans l'intestin. Le procédé de Wœlfler que nous avons employé à cause de sa plus rapide exécution, du moins grand traumatisme qu'il produit, nous a paru dans ce cas où il fallait aller vite et sans produire une secousse trop profonde, supérieur à celui de von Hacker, qui traverse le grand épiploon à son insertion sur l'estomac, perfore le côlon transverse et va chercher à travers cette boutonnière l'anse du jéjunum pour le suturer à la face postérieure de l'estomac renversé sur l'épigastre.

La bouche stomacale serait mieux placée pour laisser passer les aliments liquides, d'abord, solides ensuite. Ce procédé, outre ce que nous en avons dit, aurait encore le grand inconvénient d'exposer à des rétrécissements du jéjunum par rétraction de la boutonnière cicatricielle du mésocôlon transverse, et peut-être à de la gangrène du côlon. Ce ne sont pas là les raisons qui nous ont déterminé à ne pas nous en servir, mais bien celles que nous avons signalées plus haut. Nos sutures ont été faites à la soie O aseptique et l'aiguille coudée de Reverdin, petit modèle. Elles se font avec une grande rapidité, sans crainte de perforer les tuniques intestinales dans toute leur épaisseur; ce qui le prouve bien, c'est que nous avons pu en faire 90 en l'espace de quarante-cinq minutes environ y compris les autres manœuvres (hémostase, etc.).

Nous les préférons aux sutures en surjet qui peuvent se relâcher plus facilement, un seul point de surjet mal fait, suffisant pour permettre le relâchement de toute la série. Doyen a, il est vrai, ainsi que Defontaine, conseillé d'assujettir le surjet tous les trois ou quatre points en repassant le fil dans le surjet précédent; malgré tout nous sommes resté fidèle à la suture à points coupés.

En résumé, nous avons eu affaire à un cas presque désespéré, avec accidents très graves de sténose aiguë du pylore caractérisés par des vomissements sanglants incessants, un hoquet continuel, du refroidissement. Il nous a paru qu'il n'y avait de chance de salut que dans une intervention et ce ne pouvait être que la gas-

tro-entérostomie; c'était aussi l'avis de notre excellent collègue le Dr Chiray, qui nous avait adressé le malade. Le résultat malheureux dans le cas actuel, n'infirme en rien la bonté de l'opération.

Présentation d'appareil.

Bandage herniaire destiné à être porté la nuit.

M. Berger. Il est des gens auxquels il convient de faire porter le bandage même la nuit, soit que l'on cherche à obtenir la guérison ou la réduction du volume d'une hernie par une contention très exacte, soit que la hernie sorte, donne lieu à des accidents même la nuit quand elle n'est pas contenue, et que la cure radicale ne puisse être pratiquée. Or, quand le malade est couché, le ressort du bandage cause souvent une gêne douloureuse, et d'autre part les déplacements que le ressort subit dans les mouvements et par le fait de la pression sur le lit, le communiquent à la pelote et le dérangent de telle sorte qu'un bandage qui contient très exactement une hernie le jour, n'est le plus souvent qu'une garantie tout à fait insuffisante la nuit.

Pour obvier à cet inconvénient, j'ai fait construire par M. Mayet, bandagiste, des pelotes appropriées à la nature, à la forme, au volume de la hernie qu'il s'agit de maintenir la nuit; ces pelotes sont identiques à celles que porte le bandage ordinaire. L'écusson de ces pelotes est pourvu de courts ressorts en acier, disposés comme les ressorts du bandage Dolbeau pour les hernies ombilicales. Une ceinture molle, soit en peau rembourrée, soit en sangle élastique, se fixe aux extrémités de ces ressorts et, bouclée autour de la ceinture à la hauteur voulue, elle maintient la pelote fixée sur l'orifice herniaire par l'élasticité de ces ressorts. Un sous-cuisse peut être ajouté avec quelque avantage pour augmenter la stabilité de l'appareil.

Cette sorte de bandages ne cause qu'une gêne très modérée, le malade n'étant pas couché sur un ressort métallique, comme lorsqu'il fait usage de bandages ordinaires. La ceinture et, par conséquent, la pelote n'ont pas de tendance à se déplacer. Enfin la pression exercée par les petits ressorts dont la pelote est pourvue est en général suffisante pour empêcher la hernie de sortir, même quand le malade tousse ou fait quelque effort.

M. Championnière a fait fabriquer quelque chose d'analogue pour ses opérés de cure radicale, c'est-à-dire dans un but tout différent; de plus les pelotes dont il se sert me paraissent trop

volumineuses et ne présentent pas la disposition des pelotes des bandages ordinaires. Le plus souvent, quand la cure radicale a été bien faite, le bandage est tout à fait superflu ; je ne le prescris plus jamais, à la suite de l'opération, que quand j'ai lieu de craindre une récidive. Dans ce cas, un bandage à ceinture molle me paraîtrait insuffisant et je conseille le port d'un véritable bandage à ressort muni d'une pelote large et souple. Les pelotes à ressorts, maintenues par des ceintures molles, me paraissent devoir être réservées pour l'usage de la nuit où le port des bandages ordinaires présente de réels inconvénients et perd une partie de son efficacité.

M. Reynier. J'ai fait fabriquer des pelotes tout à fait semblables à celles qui nous sont présentées par M. Berger ; elles me paraissent devoir rendre de grands services pour contenir les hernies inguinales et ombilicales.

La Société se déclare en vacances et fixe sa prochaine séance au premier mercredi d'octobre.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 5 octobre 1892.

Présidence de M. Périer.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques des mois d'août et de septembre ;

2° *Gangrène symétrique par congélation dans le cours d'une grippe infectieuse,* par M. Dardignac, médecin-major ;

3° Lettres de MM. Delorme et Quénu, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, et de M. Lucas Championnière, demandant un congé pour le mois d'octobre.

Rapport.

Fracture avec enfoncement du pariétal droit : paralysie, amyotrophie et anesthésie du membre supérieur gauche. Trépanation faite huit ans après l'accident. Guérison complète, par le Dr Février, médecin-major à l'École polytechnique, etc.

Rapport par le Dr Gérard-Marchant.

M. le Dr Février, nous a lu une observation dont je vais vous donner le résumé :

B..., 24 ans, soldat au 72e de ligne, a reçu, il y a huit ans, sur la tête, une pierre qui a produit une fracture avec enfoncement du pariétal droit. Après des accidents de commotion avec paralysie du membre supérieur gauche, qui ont duré environ quinze jours, le blessé s'est rétabli peu à peu et six ans après a pu être incorporé dans un régiment.

Mais au bout d'un an, B... a constaté que son bras gauche devenait plus faible. Au commencement de 1889, il a dû cesser tout service.

Il est entré à cette époque à l'hôpital où le Dr Février constata une atrophie de tout le membre supérieur gauche avec paralysie et perte des différents modes de sensibilité. Au mois de juin 1889, il était survenu de la contracture du biceps gauche en même temps que des fourmillements et des secousses involontaires du membre inférieur correspondant jusque-là indemne. Le malade traînait la jambe en marchant. Aucun trouble cérébral.

Le crâne offrait au niveau du pariétal droit une dépression elliptique de 6 centimètres sur 5, profonde de 1 centimètre et située presque entièrement en avant du plan auriculo-bregmatique, à 3 centimètres au-dessous du bregma.

N'hésitant pas à rapporter les troubles observés du côté des membres à l'accident survenu huit ans auparavant, M. le Dr Février, avec le concours de notre excellent collègue, M. Picqué, chirurgien des hôpitaux, pratique la trépanation au niveau de l'enfoncement osseux et fait dans le crâne une brèche offrant à peu près le contour et les dimensions d'un petit œuf de poule. L'os à ce niveau était très hypérostosé et son épaisseur presque triplée.

La dure-mère étant saine et n'étant plus nulle part comprimée, M. Février borna là son intervention.

Les suites opératoires ont été très simples : au bout de huit jours la réunion était parfaite.

Au point de vue thérapeutique le succès a été complet : trois jours après l'opération, les mouvements étaient entièrement revenus et s'exécutaient avec une certaine force. La sensibilité était entière dans tous ses modes,

Dans les premières heures qui suivirent l'opération, B... ressentit des douleurs très vives dans le membre supérieur gauche en même temps que des fourmillements et une sensation d'écoulement de liquide froid.

Ces phénomènes durèrent plusieurs jours, et s'accompagnèrent d'une élévation de température de 1 degré environ en faveur du membre malade. Cette différence alla en s'atténuant pendant six semaines après l'opération.

Depuis cette époque, le membre supérieur et inférieur gauche a repris sa vigueur normale. Au mois de novembre dernier (dix-huit mois après l'opération), l'opéré écrivait au Dr Février, qu'il se servait très bien de son bras et avait pu reprendre son service d'employé du chemin de fer.

Cette observation méritait de vous être présentée en raison de sa netteté.

L'indication de la trépanation découlait impérieusement de cette association de symptômes :

A. *Enfoncement des os du crâne ;*

B. *Compression de la zone psycho-motrice ;*

C. *Phénomènes paralytiques consécutifs.*

Il nous serait facile de réunir un certain nombre de faits analogues appartenant à MM. Lucas-Championnière, Felkin, Silvestrini, Laskine, Southam, Lees et Page, Demms, Fischer de Breslau, Horsley, Bergmann. Vous n'avez pas oublié non plus l'observation remarquable qu'a publiée ici même en mars 1886, notre collègue Routier.

Nous-même en 1886, nous avons trépané avec le professeur Trélat, un Brésilien qui, six ans auparavant et en tombant de cheval contre un arbre (mai 1880) s'était fait une blessure du cuir chevelu accompagnée d'otorrhagie et de perte de connaissance qui dura quarante huit heures environ. En janvier 1882 ce blessé eut une attaque épileptiforme avec aura auriculaire. En janvier 1884 et en décembre 1885 eurent lieu des crises semblables.

Dans l'intervalle le malade a des vertiges, des bourdonnements d'oreille, et il est incapable de tout effort intellectuel, aucun trouble d'hystérie. A l'examen, après avoir fait raser la tête, on trouve à droite une cicatrice cruciale, située à huit centimètres au-dessus du conduit auditif externe, et à ce niveau un accident de terrain des plus nets.

La trépanation fut pratiquée en janvier 1887, et révéla une irrégularité et un épaississement considérable des os du crâne (ostéite condensante) : la dure-mère quoique saine fut incisée. Le blessé guérit rapidement de cette intervention et depuis cette époque, il n'a plus de vertiges et n'a présenté aucun accident épileptiforme.

Le temps écoulé entre le traumatisme cranien et l'apparition et la réapparition d'accidents cérébraux (car ces accidents ne sont pas toujours immédiats), est des plus variables, puisqu'il oscille entre quelques mois et un très grand nombre d'années.

La lésion anatomique est caractérisée par un épaississement de la voûte du crâne, une ostéite condensante, doublant, triplant l'écartement des deux tables. Cette zone ostéo-poreuse s'étend en largeur à plusieurs centimètres.

Au-dessous on trouve la dure-mère saine, mais déprimée, quelquefois adhérente au pourtour de cette exostose traumatique.

Au lieu de cet épaississement on a quelquefois noté la présence d'une esquille amenant des lésions ostéo-méningées, ou même enfoncée dans la substance cérébrale.

Mais ces faits sont déjà exceptionnels, car dans ces trépanations tardives nécessitées par des enfoncements de la voûte, le chirurgien trouve une dure-mère sensiblement déprimée.

Cette simple dépression dure-mérienne se traduit-elle par des signes pathognomoniques ? en un mot y a-t-il une symptomatologie répondant à ces épaississements osseux de la voûte du crâne ?

Non, et nous voyons dans toutes ces observations les phénomènes les plus disparates, allant depuis la *douleur persistante*, spontanée ou provoquée, les *monoplégies* jusqu'aux *attaques épileptiformes*.

Nous notons leur association avec les troubles de la *sensibilité*, mais il y a souvent *de la contracture*. Les phénomènes sont *transitoires*, mais les paralysies sont *extensives*.

La *longue durée écoulée* entre l'accident et les phénomènes paralytiques, l'existence de l'*enfoncement*, l'absence de fièvre, de coma autorisent le clinicien à ne pas rapporter à des plaques de méningo-encéphalite, à des abcès sous-dure-mériens ou cérébraux, etc. les phénomènes observés.

Il est vrai de dire que le diagnostic s'étaye surtout sur la *notion de l'accident antérieur*, sur la *présence* de l'*enfoncement au niveau* de *la zone psycho-motrice ;* ce sont là les *assises du diagnostic*, car les phénomènes cérébraux consécutifs ne sont pas toujours superposables à la déformation de la calotte cranienne, ils sont essentiellement variables comme nous venons de l'établir.

Paris. — Imprimerie PAUL DUPONT (Cl.) 48.11.92. *Le Gérant :* G. MASSON.

J'insiste sur ces éléments diagnostiques car il ne faut pas se hâter d'établir une relation entre un *enfoncement* de la *voûte du crâne* et des *phénomènes cérébraux*.

En décembre 1889, je fus consulté par un syphilitique de 29 ans qui, six mois auparavant avait été atteint d'hémiplégie gauche avec prédominance des troubles moteurs au membre supérieur, il ne restait de cette attaque qu'une impotence légère du bras gauche. En examinant son crâne, je constatai à l'union du *pariétal droit et du frontal*, en avant du conduit auditif, une dépression osseuse suffisamment prononcée pour y loger l'extrémité de l'index : j'appris alors que cette déformation datait de l'enfance, qu'elle était consécutive à une chute grave. Bien qu'il ne fût pas possible d'établir au point de vue physiologique une relation entre les phénomènes observés et le siège de l'enfoncement malgré la vive douleur que provoquait la pression en ce point, je fis examiner le blessé par mon distingué collègue Ballet, qui se prononça catégoriquement pour une *gomme syphilitique*, et l'indépendance entre les accidents observés et la lésion ancienne.

Je conseillai à ce malade de consulter ceux de nos maîtres qui se sont occupés de trépanation. Il commença sa tournée par M. Terrillon. Il se rendit à la Salpêtrière, et pendant l'examen que lui faisait subir le chirurgien, il fut pris d'une attaque épileptiforme à laquelle il succomba en quelques heures.

L'autopsie fut faite par le Dr Joffroy, qui constata au niveau du bulbe, l'existence de foyers de ramollissement qui avaient amené le dénouement fatal !

Ainsi donc le seul fait de la *coexistence d'une déformation du crâne* (en dehors de la zone psycho-motrice) et *d'accès épileptiformes*, ne justifie pas toujours l'intervention chirurgicale.

Feré, en se basant sur une observation de Reclus, qui guérit une épilepsie traumatique, par la trépanation d'une bosse frontale, admet, au contraire, que « lorsqu'il s'agit de troubles vertigineux ou de spasmes sans localisation ou sans prédominance apparente, sans douleur fixe, il faut se laisser guider soit par les dépressions du crâne, soit, si ces dernières n'existent pas, par les cicatrices du cuir chevelu et les commémoratifs relatifs à la région qui a subi le choc ». (*Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 507.)

Etant donnée l'innocuité absolue de la trépanation antiseptiquement pratiquée, cette opinion est défendable, à la condition de faire les réserves les plus expresses au point de vue thérapeutique.

Dans le cas au contraire où l'enfoncement répond à la zone psycho-motrice, et où la lésion commande les troubles cérébraux observés, l'intervention opératoire donnera un succès certain.

Traitement. — Pour éviter les accidents consécutifs à ces fractures, le chirurgien qui constate un enfoncement de la voûte du crâne doit faire la *trépanation immédiate*, même en *l'absence de tous phénomènes cérébraux.*

Ce précepte que Trélat affirmait ici même en 1877, dans une discussion importante, et que M. Lucas-Championnière a fait accepter, n'a plus besoin de démonstration.

Il serait facile de réunir quelques cas d'enfoncement de la voûte guéris sans trépanation, et je pourrais moi-même en citer des exemples. Mais qui nous dit que ce silence durera toujours, et que ces blessés n'auront pas à redouter les effets de cette compression cérébrale.

S'il existe une *paralysie traumatique immédiate*, la trépanation s'impose, et je ne crois pas qu'à l'heure actuelle M. Lucas-Championnière rencontrerait, comme en 1877 un seul contradicteur !

La même thérapeutique s'applique aux *paralysies tardives* et même dans ces cas, quel que soit l'âge de la paralysie et son degré, nous assistons à la disparition des accidents, à la récupération complète des mouvements par l'opération.

En terminant, un mot au point de vue opératoire.

L'opération doit être largement faite, le trépan emporter toute la zone hyperostosée. C'est pour n'avoir pas fait cette ablation complète que M. Larger (Congrès français de chirurgie, de 1889) a vu les accidents reparaître, et projetait d'enlever une nouvelle plaque du pariétal « où *une notable portion d'os hyperostosé a été conservée à tort* ».

De même encore le Dr Jones (*Brit. méd. Jour.*, 26 octobre 1889) dut dans des circonstances analogues faire une deuxième opération six mois après la première.

Ces larges pertes de substances sont donc nécessaires, et elles n'ont aucun inconvénient comme Lucas-Championnière cherchait à le démontrer en 1878.

Est-il indispensable d'inciser la dure-mère, pour inspecter les méninges sous-jacentes et la surface encéphalique, comme le recommande Niepmann ?

Si celle-ci est saine, non adhérente, non épaissie, ce temps opératoire nous semble inutile.

Comme conclusion je vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur pour sa remarquable observation, et de l'inscrire dans un rang honorable parmi les candidats au titre de membre correspondant national.

Les conclusions du rapport de M. Gérard-Marchant sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

De l'emploi des températures extrêmes en chirurgie.
Le flambage des plaies,

Par M. G. Felizet.

Dans le traitement opératoire à ciel ouvert des affections tuberculeuses de l'enfance, ostéites et ostéo-arthrites, l'objectif du chirurgien est d'enlever les tissus malades jusqu'aux limites des parties saines.

Les grattages, l'évidement des os, les résections atypiques ou typiques répondent à cette indication fondamentale.

Or dans une affection tuberculeuse des os, la limite qui sépare le tissu malade du tissu sain, est généralement indécise et la chirurgie est dans l'obligation de compléter l'action mécanique de la curette, de la gouge ou de la scie, par l'action de certains topiques, tels que le chlorure de zinc, la créosote concentrée, le naphtol, etc., dont le but est de pénétrer, de neutraliser, de désinfecter les parties tuberculeuses que l'évidement n'a pas pu atteindre et n'a pas déracinées.

Nous sommes même certains, qu'après la résection la plus énergiquement conduite et la plus soigneusement parachevée (et je prends la résection du genou comme le modèle des résections typiques) il reste encore, sur les surfaces à réunir, assez de tissu tuberculeux pour infecter tout un laboratoire.

Mais un facteur intervient alors qui protège l'organisme et assure la guérison, c'est l'irritation du tissu osseux, provoquée par l'opération elle-même, irritation qui a pour effet de changer la modalité de l'ostéite, de provoquer une ostéite franche, aiguë, ostéite productive, ostéite *défensive*, oserions-nous dire, qui crée une barrière vraie, que la tuberculose ne franchira pas et qui fournira les éléments d'un cal sérieux.

C'est grâce à cette ostéite que les foyers d'infection qui pouvaient subsister sont détruits, ou tout au moins s'isolent, se détergent et deviennent le siège d'une réparation de bon aloi.

La production du pus est, il est vrai, souvent inévitable.

Cette suppuration encore assez fréquente aujourd'hui dans la résection du genou et du coude, types de résections nettes, est à peu près la règle à la suite des résections de la hanche.

Si l'on réfléchit, en effet, à la quantité, à la nature, aux expansions, au siège profond dans le fémur et dans le bassin, des parties malades qu'il faut, c'est le mot, déblayer dans la résection d'une coxalgie grave, on reste effrayé de ce que laisse l'opération poussée

à fond, une cavité énorme, des surfaces encore douteuses, avec des recoins anfractueux et irréguliers dans lesquels les instruments ne peuvent pas s'engager et que ne pénètent qu'incomplètement les topiques en usage.

Qu'arrive-t-il?

Les parties qui ont échappé au grattage de la curette et à l'action des solutions fortes sont le point de départ de suppurations prolongées. Tantôt la tuberculose réenvahit la région, et le succès de l'opération n'est que relatif; tantôt elle ne s'étend pas, mais elle s'écoule en fistules, et ce n'est qu'à la longue que la suppuration, de guerre lasse, se tarit et que la guérison survient.

La note que nous vous présentons repose sur une cinquantaine de faits et sur quelques expériences de laboratoire.

Sur nos 58 faits, nous ne pouvons vous en présenter actuellement que 38.

Les autres ayant présenté la marque des débuts très timides de nos tentatives et nous ayant donné des résultats suffisants pour encourager nos essais, insuffisants alors pour affirmer les conclusions que nous sommes en mesure de vous soumettre aujourd'hui.

Nos observations portent sur :

14 résections du genou ;
8 résections de la hanche ;
5 évidements du trochanter avec abcès fessiers ;
1 abcès iliaque ;
3 résections du coude ;
1 résection d'un métacarpien ;
1 évidement de l'extrémité supérieure du tibia ;
1 tarsectomie totale ;
1 résection partielle du tarse et du métatarse ;
1 cas d'abcès tuberculeux du sternum et des côtes à deux foyers ;
1 cas de tuberculose caséeuse des ganglions de toute la chaîne du cou ;
1 cas d'abcès aigu du sein, chez une femme nourrice de notre crèche ;
—
38

Sur ces 38 cas nous avons eu le bonheur d'obtenir 30 fois la guérison sans suppuration, soit d'emblée, soit à la suite de petites fistules insignifiantes, survenues *quatre ou cinq semaines après*, et qui n'ont pas duré.

Dans quatre cas (il s'agissait de deux résections de la hanche et de deux abcès trochantériens) la suppuration a reparu, mais très

atténuée, après quatre et six semaines de sécheresse absolue et de succès apparent; il a fallu recourir à de nouvelles séances de grattage.

Quant aux huit cas dans lesquels le foyer n'a jamais cessé de suppurer, il s'agissait d'une résection du coude, chez un enfant de 4 ans porteur d'ostéites multiples de l'orbite et des vertèbres, qu'il nous a fallu amputer récemment;

De deux résections du genou, dont un des malades a succombé le 6me mois à la tuberculose pulmonaire, et dont l'autre est guéri;

De quatre résections de la hanche, dont un malade a succombé à un abcès iliaque avec lésions de la jointure sacro-iliaque;

D'une lésion tuberculeuse du métatarse, qui depuis six mois continue à donner lieu à des fistules à répétition.

La mortalité définitive n'a porté que sur une seule résection de la hanche et une résection du genou (tuberculose pulmonaire).

Ces résultats, que je crois très bons, n'appartiendraient pas seulement aux affections chroniques tuberculeuses. Nous les avons obtenus, si je ne me trompe pas, dans les affections aiguës franches infectées de streptocoques.

Nous signalerons un énorme abcès du sein, de 600 grammes de pus, qui a guéri en très peu de temps avec le minimum de pus de la suppuration de ses parois, et une adénite suppurée sus-épitrocléenne, qui a guéri à sec.

Le moyen que nous vous présentons exerce sur la zone douteuse et dangereuse du foyer opératoire une action dont l'effet est de détruire sur place les bacilles, les streptocoques, les germes en général, tout en provoquant par l'énergie de sa puissance une inflammation réparatrice énergique. Sous le nom de *flambage des plaies*, nous décrivons une manœuvre qui a pour objet de projeter et de promener à la surface à assainir une flamme dont la température au pyromètre est de 1500° à 1600° degrés centigrades.

Cette flamme longue et pénétrante lèche les plans, s'engage dans les creux et laisse des surfaces nettes, séchées, aseptiques, parfaitement disposées pour la réunion.

Ici une observation:

Le couteau de platine du cautère Paquelin, dont la température est de 700 degrés au rouge sombre et de 1400 degrés au blanc vif, appliqué sur les tissus, les carbonise; une épaisse fumée de chair grillée se dégage et l'action de ce cautère se traduit par la formation d'une eschare plus ou moins épaisse, corps étranger véritable.

Rien de pareil avec la flamme légère de ce chalumeau qui

marque 1600 degrés, c'est-à-dire 600 degrés de plus que le point de fusion de l'argent.

Il semble paradoxal, au premier abord, et l'on s'étonnerait à bon droit qu'une flamme de 1600 degrés n'opère pas la carbonisation que produisent les 1400 degrés du cautère Paquelin.

L'explication nous en paraît résider dans la très faible chaleur spécifique du gaz, et en particulier du gaz dont nous faisons usage, mélange au tiers de vapeur d'essence minérale et d'air atmosphérique.

L'action qu'exerce sur les tissus cette flamme d'une température prodigieusement élevée est simple. Elle déshydrate rapidement les cellules organiques et supprime en les desséchant, la vie des germes qui les entourent ou qui les habitent.

Dans l'interprétation nous pouvons nous tromper: ce que nous avons vu, ce que nous savons, c'est que le flambage empêche la tuberculose de pulluler et la suppuration de se produire dans un nombre considérable de cas, et en particulier dans les cas pour lesquels l'opération diminue, mais ne supprime pas la formation du pus.

Ce que nous savons c'est que, quand la suppuration se montre, ce n'est généralement que plus tard et qu'elle dépend soit d'un retour offensif de la maladie générale (car nous ne vous annonçons pas ici la guérison de la tuberculose par un moyen local), soit par l'évolution d'un point malade qui aura échappé à l'action du flambage et dont la persistance donne lieu à une fistule rebelle dans le domaine d'un foyer éteint.

La technique du flambage des plaies est extrêmement simple.

Le point délicat et important est de protéger les lèvres de la plaie cutanée, dont le flambage empêcherait fatalement l'accolement et la réunion par première intention.

A cet effet les lèvres de l'incision sont recouvertes par plusieurs épaisseurs de gaze imbibée de solutions antiseptiques.

L'ouverture est largement écartée pour découvrir le plus possible et rapprocher le fond du foyer.

Qu'il s'agisse d'une résection, d'un gros abcès ou d'un trajet fistuleux élargi et gratté, la flamme du chalumeau portée au bleu, avec jet de feu central, est dirigée sur le fond et promenée vivement sur les tissus, à la façon d'un pinceau à lavis.

Elle doit être en effet promenée de façon à ne pas rester *plus de deux secondes* appliquée sur le même point, sous peine de faire des dégâts profonds.

Sous l'action de cette flamme, les tissus se comportent de la façon suivante :

Le *tissu adipeux* grésille, la graisse coule et le lacis fibro-cellulaire apparaît sec et comme flétri.

Le *tissu cellulaire* devient grisâtre.

Le *tissu musculaire* pâlit et se racornit.

Les *parties fibreuses*, aponévroses et ligaments articulaires, se rétractent et durcissent.

Le *tissu osseux épiphysaire* pâlit et ne laisse voir au bout de quelques secondes que la trame durcie et desséchée de ses aréoles.

Le *cartilage* se rétracte et se durcit.

Le *sang* se coagule et présente une teinte marron.

En somme, après le flambage toutes les surfaces touchées sont flétries, séchées et d'un très vilain aspect.

A la suite de cette manœuvre qui ne dure pas plus de 40 secondes pour une résection du genou et qui représente l'application de la plus haute température qui ait encore été employée en chirurgie, la réaction est remarquablement nulle.

Pas de douleur extraordinaire, pas de perte de sang.

Localement c'est un foyer sec et définitivement sec que recouvriront les bords soigneusement protégés de l'incision, et c'est dans ce milieu fermé à la vie et à l'évolution des germes que la guérison s'opérera le plus souvent.

Discussion.

M. Reclus. En 1887, j'ai eu l'idée d'appliquer les températures extrêmes au traitement de certaines plaies et j'ai été satisfait des résultats obtenus. Sur un enfant atteint de gangrène foudroyante, après une désarticulation de la hanche, je promenai le fer sur toutes les surfaces cruentées et je fis fondre tout le tissu graisseux du fond de la cavité cotyloïde ; le malade guérit. Mais l'appareil de M. Félizet me paraît beaucoup plus heureusement imaginé et d'une application plus pratique.

M. Nélaton. A l'appui de la communication de M. Félizet, je puis dire que dans deux cas de cancer utérin, j'ai employé l'action du cautère à gaz inventé par mon père ; les résultats ont été très satisfaisants et, depuis deux ans, il n'y a pas de récidive. A l'avenir, j'emploierai l'instrument de M. Félizet.

M. Moty. Depuis bien longtemps je chauffe avec le thermo-cautère les plaies chez les tuberculeux et je répète cette manœuvre environ tous les quatre jours ; sous l'influence de la chaleur, les bourgeons charnus entrent, pour ainsi dire, en érection. Le résultat me paraît être plutôt une exagération de la vitalité des tissus qu'une destruction des germes. J'ai employé ce moyen avec succès

dans un cas de fistule profonde du pubis. Cet agent me paraît surtout destiné à exciter la vitalité des tissus.

Communication.

Fistule urétéro-vaginale guérie par l'abouchement de l'urètère dans le colon iliaque; guérison, par M. Chaput, chirurgien du Bureau central.

(Commission : MM. Bazy, Reclus, Monod, rapporteur.)

Présentation de malades.

1° *Fistule stomacale ; gastrostomie.*

M. Monod. Je présente de nouveau le malade auquel j'ai pratiqué au mois de mars dernier la gastrostomie avec établissement d'une fistule stomacale. Le malade supporte parfaitement bien sa fistule et se nourrit d'une façon très satisfaisante. La fistule a été pratiquée en deux temps, après fixation préalable de l'estomac à la paroi abdominale. Jamais aucun appareil n'a été appliqué sur la fistule ni dans son trajet, de sorte que celui-ci ne s'est point agrandi et qu'il n'y a pas d'écoulement de suc gastrique à l'extérieur. La sonde est passée chaque jour pour les besoins de l'alimentation.

2° *Rupture traumatique de l'intestin grêle; enterroraphie; guérison*, par M. Nélaton.

Le 22 août 1892 on apporte à 6 heures du soir, à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, lit n° 53, un blessé âgé de 29 ans.

Cet homme vient de recevoir dans le ventre un violent coup de pied de cheval qui l'a envoyé rouler à cinq mètres. Au moment de son entrée à l'hôpital, il est dans un état de stupeur complet; on le couche et on le laisse tranquille. Toute la nuit le blessé vomit et a des douleurs de ventre atroces.

Le 23 août, à 9 heures du matin, nous le trouvons dans l'état suivant : La face est anxieuse et couverte de sueurs, mais elle est rouge, vultueuse, ce n'est pas du tout le facies péritonéal. Le ventre n'est point météorisé. A la palpation, il n'est douloureux qu'au niveau du point qui a reçu le choc, c'est-à-dire à trois travers de doigts au-dessus de l'arcade crurale gauche. En ce point, par exemple, la pres-

sion n'est pas tolérée et provoque des souffrances qui font crier le malade.

Les vomissements ont cessé à 5 heures du matin et ne se sont pas reproduits.

Aucun gaz n'a été rendu par l'anus.

La respiration est normale, le pouls bat 102 pulsations, et le thermomètre marque 36°,6.

De l'urèthre, il s'écoule du liquide prostatique; le toucher ne fait rien reconnaître d'anormal du côté de la prostate qui n'est point douloureuse. La miction est régulière.

Laparotomie le 23 août à 9 h. 30 m. ; — incision médiane de 10 centimètres environ. Dès que le péritoine est incisé, il s'écoule 100 à 150 grammes de liquide séro-sanguinolent et une anse d'intestin grêle apparaît distendue, rouge, vascularisée. On l'attire au dehors et bientôt on trouve une anse recouverte de dépôts fibrineux jaunâtres, abondants, témoignant d'une péritonite. 80 centimètres d'intestin grêle sont ainsi amenés à l'extérieur; à ce moment on découvre une rupture par laquelle s'écoule un liquide bilieux stercoral aussitôt abstergé.

La perforation mesure 3 centimétres d'étendue, elle occupe le bord libre de l'intestin grêle.

Les bords sont contusionnés, noirâtres, déchiquetés; la muqueuse fait hernie à travers l'orifice de la rupture, mais ne l'oblitère en aucune façon.

Avec une paire de ciseaux on régularise les bords de la déchirure et on fait une suture à deux plans. Le premier plan réunit par un surjet la muqueuse divisée. Le second plan est formé par 10 à 12 points séparés. La soie phéniquée 00 est employée. Cette suture étant terminée, la cavité péritonéale est lavée à l'eau bouillie; 12 litres d'eau bouillie passent dans le péritoine et lavent complètement les anses. Ce lavage terminé, on éponge le liquide retenu dans l'excavation et l'anse d'intestin qui a été suturée est maintenue au voisinage de la plaie abdominale par une soie phéniquée peu serrée qui l'adosse à l'angle supérieur de la plaie abdominale. De cette façon la suture intestinale reste en contact immédiat avec la gaze iodoformée que j'emploie pour faire un drainage à la Mickulicz.

Durée de l'intervention : 1 heure et quart. Dès que le malade est bien réveillé, il accuse une sensation de bien-être, la douleur abdominale a cessé.

On ne lui laisse prendre qu'un peu de champagne glacé par cuillerées à café.

Le soir la température est de 36°8, le pouls de 120°. Dans la nuit il a plusieurs régurgitations vertes, porracées, mais il est tranquille peut-être grâce à deux piqures de morphine.

Le 24, T. matin 37°2, P. 122 ; soir 37°.

Le 25, T. matin, 37°2, P. 120 : soir 36°6.

Le 26, j'enlève le mickulicz. T. 37°.

Le 27, le malade rend des gaz par l'anus.

Le 28, jusqu'à ce jour le malade a eu des regurgitations vertes porracées. Elles cessent à ce moment. Et le malade commence à avoir faim. Un demi-litre de lait est autorisé à prendre en vingt-quatre heures.

1er *septembre.* Lavement et première garde-robe; j'enlève tous les crins de Florence de la suture pariétale.

Du 1er au 10, on augmente graduellement l'alimentation et on provoque une garde-robe tous les deux jours avec un lavement. A partir du 10, on se relâche beaucoup dans la surveillance de l'alimentation et le malade mange en somme ce qu'il veut. A partir du 25 septembre, le malade se lève. La plaie n'est pas encore complètement cicatrisée mais il peut être considéré comme définitivement guéri.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 12 octobre 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de faire part de la mort du professeur Pellizari (de Florence), membre correspondant étranger ;

3° Lettre de M. Jalaguier, demandant un congé de trois semaines pour raison de santé.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire. Les candidats ont un mois pour faire valoir leurs titres.

A propos du procès-verbal.

De l'intervention tardive dans les fractures du crâne avec enfoncement.

M. Berger. Le rapport de M. Gérard Marchant sur l'intéressante observation de M. Février rappelle la question de l'interven-

tion chirurgicale tardive dans les fractures du crâne, particulièrement dans les fractures avec enfoncement ; je veux à ce propos communiquer une observation d'autant plus importante que le malade qui en est l'objet avait subi une trépanation primitive, et que cette opération n'empêcha pas des accidents alarmants de se produire au bout de près de trois ans et de nécessiter une nouvelle intervention chirurgicale qui fut suivie d'une amélioration graduelle et durable. Voici le fait en question qui se recommande à votre intérêt d'ailleurs par quelques points du manuel opératoire mis en usage.

Le commencement de cette opération a déjà été publié [1], je me borne donc à en rappeler les principaux traits.

Jules Troulet, âgé de 35 ans, avait été apporté dans mon service à l'hôpital Lariboisière, dans un coma complet le 1er juin 1888, à la suite d'une chute sur la tête. A l'hémiplégie droite dont il était atteint se joignirent bientôt des accès épileptiformes de plus en plus graves et rapprochés qui me déterminèrent à pratiquer la trépanation. Celle-ci fut faite sur la région pariétale gauche ; il n'y avait qu'une fracture longitudinale de la voûte sans enfoncement, mais au-dessous de la dure-mère on tomba dans un énorme foyer sanguin qui distendait l'hémisphère droit. Ce foyer fut évacué ; les accidents épileptiformes cessèrent et, malgré l'évolution d'une encéphalocèle traumatique consécutive très volumineuse (circonstance importante à noter) le malade guérit conservant une hémiplégie droite et une aphasie presque complètes.

La perte de substance du squelette atteignait presque les dimensions d'une pièce de 5 francs : à ce niveau existait une cicatrice dépressible, et généralement fortement enfoncée, faisant une saillie notable dans les efforts, dans la toux ; quand le blessé se mouchait, et présentait des pulsations. Peu à peu les troubles moteurs diminuèrent du côté du membre inférieur et la marche devint possible; les fonctions du membre supérieur étaient restées beaucoup plus entravées ; et quoique l'aphasie ne fut plus complète, la parole était extrêmement embarrassée ; les noms surtout faisaient à chaque instant défaut. Les choses en étaient là, quand, deux ans après la blessure, c'est-à-dire en mai 1890, apparaissent des attaques jacksoniennes localisées principalement dans le membre supérieur droit paralysé en partie, mais s'étendant également à la face et aux autres membres. Ces troubles augmentant de fréquence et d'intensité, le malade se présente de nouveau à la consultation externe de Lariboisière et est admis dans le service le 21 avril 1891.

A l'examen, on constate que le malade conserve une attitude légèrement penchée du côté droit, ce qui fait que l'épaule correspondante semble située à un niveau plus bas que la gauche.

[1] *France méd ale*, 24 et 27 novembre 1888, p. 1661 et 1673.

Il y a une sorte de parésie de faiblesse musculaire assez nette localisée surtout à tout le côté droit du corps. Les mouvements se font avec une certaine difficulté. Le mouvement d'élévation du bras est assez pénible, La marche devient fatigante, le malade traîne un peu la jambe droite.

Il n'y a pas d'atrophie, mais les muscles de l'avant-bras sont contracturés, surtout les fléchissseurs, ce qui donne. à la main et aux doigts une attitude en griffe. On parvient à combattre difficilement la flexion de la main et de l'avant-bras. Les doigts restent immobiles, les mouvements forcés et communiqués sont très limités. Pour saisir un objet, le malade est obligé d'étendre ses doigts avec sa main saine. Une fois l'objet saisi, la contracture augmente et il faut attendre un instant avant de pouvoir enlever l'objet.

Le réflexe palmaire est exagéré à droite.

Le réflexe rotulien du côté droit est exagéré, du côté gauche normal.

Pas de troubles sensitifs.

Pas de troubles oculaires.

La gêne de la parole est très prononcée. Le malade cherche ses mots ; les substantifs surtout font défaut, la parole est toujours hésitante et les phrases les plus courtes et les plus simples ne sont jamais complètes. Il éprouve souvent des céphalalgies violentes.

Perte de la mémoire.

Le caractère est devenu plutôt triste, irascible.

Depuis son entrée à l'hôpital, les crises épileptiques se montrent de plus en plus fréquentes et douloureuses ; localisées tantôt au membre supérieur droit, tantôt à la face, au membre inférieur, à la moitié droite du tronc, souvent l'attaque se généralise à toute la partie droite du corps.

Ces crises sont caractérisées par des contractions spasmodiques sous forme de secousses d'abord lentes, puis de plus en plus rapides, enfin se succédant à intervalles plus ou moins éloignés et irréguliers à mesure que l'attaque touche à sa fin.

Pendant toute la durée de l'attaque qui varie de trois, cinq, dix minutes, le malade conserve toute son intelligence, il entend ce qui se dit autour de son lit, peut même articuler des mots, mais il accuse des douleurs excessives; les attouchements pratiqués sur la cicatrice sont douloureux et provoquent des crises. On provoque aussi ces dernières par des excitations périphériques comme des secousses communiquées au pied ou à la main.

En présence de ces phénomènes développés depuis peu et qui augmentent sans cesse d'intensité et de fréquence, il paraît certain qu'il existe un foyer d'irritation cérébrale ou même d'encéphalite en rapport avec l'ancienne fracture ou l'ancienne lésion encéphalique. Il paraît d'autant plus urgent d'y remédier par une nouvelle opération que les attaques se multiplient et deviennent plus graves : on en a compté 142 dans les sept derniers jours qui ont précédé la nouvelle opération,

Celle-ci est faite le 10 juin 1891 avec l'assistance de M. le Dr Pe-

rier. L'ancienne cicatrice est crucialement incisée ; les bords de la solution de continuité du squelette sont découverts ; la perte de substance du crâne est comblée par un tissu fibreux cicatriciel dense, très vasculaire constituant la cicatrice cérébrale qu'a laissée la rétraction de l'encéphalocèle. Cette cicatrice est détachée du pourtour de la brèche cranienne sur toute sa circonférence ; les bords de l'orifice osseux, quoiqu'un peu irréguliers, ne présentent ni ostéophytes ni hyperostose ; on en résèque néanmoins une certaine épaisseur et on achève de libérer les adhérences des méninges au pourtour de l'ouverture au crâne. En le faisant, on ne découvre rien qui permette de porter plus profondément l'intervention chirurgicale. Mais avant de refermer la plaie des téguments, pensant que la décompression du cerveau peut avoir été pour quelque chose dans la production des accidents épileptiformes, j'enchâsse dans la perte de substance du crâne un morceau de *celluloïd* auquel j'ai fait donner exactement la courbure de la région correspondante du crâne, de manière à ce que par sa face profonde il repose sur la cicatrice méningée sans la comprimer. Ce morceau de celluloïd a été plongé depuis la veille dans une solution antiseptique ; il est percé de quelques trous pour empêcher l'accumulation des liquides sous sa face profonde. Il est maintenu en place par son enclavement dans la perte de substance du crâne et par la suture superficielle qui réunit les lambeaux.

Les suites de cette opération furent bien différentes de celles que je recherchais. Les attaques épileptiformes réapparurent et se succédèrent, d'abord avec plus de violence et presque autant de fréquence qu'auparavant (6 et 8 fois dans les 24 heures). Au bout de trois jours la température s'éleva rapidement et le quatrième l'opéré se trouvait dans un état voisin du coma. Je rouvris la plaie ; les lambeaux étaient bien appliqués sur la plaque de celluloïd, aucune trace de suppuration n'existait entre celle-ci et les parties molles extérieures ; j'enlevai la plaque de celluloïd ; il s'écoula tout aussitôt une grande quantité de sérosité claire, probablement du liquide céphalo-rachidien ; puis l'on vit sortir de l'ancienne cicatrice du cerveau, sans pouvoir déterminer d'une manière précise le point qui lui donnait issue, une certaine quantité de pus séreux et assez fétide. La plaie fut soigneusement lavée au sublimé puis désinfectée avce du naphtol camphré et les lambeaux furent réunis de nouveau par-dessus un drainage double allant jusqu'au point d'où le pus s'était ecoulé. Le jour même la température tomba, les accidents disparurent, les crises devinrent plus rares. Au bout de huit jours les drains furent enlevés et, sauf un petit abcès de la cicatrice qui fut incisé par M. Jacob, mon interne, vers le commencement du mois d'août, rien ne vint plus entraver la guérison.

Le malade quitta le service le 16 décembre 1891 ; il fut envoyé à l'hospice de Nanterre et de là à l'hôpital Broussais ; il est revenu fréquemment se faire examiner dans le service et voici les modifications très importantes qui, depuis l'opération, se sont produites dans son état :

Le mouvement est complètement revenu dans le membre inférieur; le malade peut marcher longtemps et sans aucune boiterie. La paralysie du membre supérieur droit persiste; la disposition en griffe de la main s'est accentuée. Néanmoins les mouvements de l'épaule et du bras, ceux du coude sont possibles et le malade peut exécuter quelques mouvements de préhension avec les doigts.

La parole est un peu hésitante; mais quoiqu'il cherche encore ses mots l'opéré parle sans difficulté et dit tout ce qu'il veut. Le côté droit de la face est un peu plus inerte que le gauche.

Depuis l'opération les attaques ont constamment diminué de fréquence et d'intensité. Il n'y avait plus eu que onze attaques pendant le mois de juillet, il y en eut cinq seulement en octobre, deux en novembre, et depuis lors les crises ne se sont répétées qu'une à deux fois par mois. Elles ne consistent plus qu'en quelques élancements soit dans l'avant-bras paralysé, ou dans la jambe, ou du côté de la face et du cou. Ces élancements sont accompagnés parfois de quelques secousses ou d'une sensation de raideur; la crise ne dure que quelques instants et ne détermine ni chute, ni perte de connaissance, ni même le vertige. Le malade n'en est pas incommodé.

La région qui a été le siège des deux opérations présente encore une dépression appréciable qui présente de l'impulsion dans les efforts et dans la toux. On n'y observe plus de pulsations. La cicatrice profonde paraît d'ailleurs plus solide et plus résistante qu'avant l'opération.

L'histoire de ce malade présente plusieurs particularités qu'il nous faut relever :

1° C'est trois ans seulement après la fracture du crâne que se sont déclarés les accidents tardifs ;

2° Cette fracture était une fracture fissurique, sans aucun enfoncement. Il est vrai qu'elle était compliquée d'un énorme épanchement sanguin intra-cérébral dans un foyer de contusion, épanchement qui avait déterminé les accidents primitifs;

3° Une trépanation, accompagnée de l'extraction d'un certain nombre de fragments du crâne avait été faite pour ces accidents;

4° Une amélioration remarquable et la disparition de la plus grande partie des paralysies avaient été la conséquence de la première opération.

Pour toutes ces raisons on pouvait croire le blessé à l'abri de toute complication ultérieure : on a vu que celle-ci se produisit néanmoins sous la forme d'un abcès cérébral; le développement de celui-ci fut reconnu par l'apparition des crises épileptiformes; la tendance au coma et la fièvre ne se montrèrent que plus tard.

Quel a pu être l'origine de cet abcès? Probablement quelque foyer septique ayant persisté au centre de la cicatrice cérébrale. Il faut se rappeler en effet que le blessé avait présenté une encé-

phaloïde traumatique volumineuse à la suite de la première opération. Il n'y a rien d'invraisemblable à ce que cette encéphalocèle dont la surface avait été longtemps exposée et avait même été le siège d'une élimination partielle par une sorte de gangrène, se soit laissée pénétrer par quelque agent septique et qu'elle ait ainsi favorisé la constitution dans l'intérieur de la cicatrice à laquelle avait donné lieu sa rétraction, d'un foyer infectieux intracérébral dont l'évolution et les effets ne devaient se trahir qu'au bout de plusieurs années.

Cet abcès intra-cranien ne fut pas ouvert au cours de la deuxième observation, mais celle-ci lui ouvrit une voie par laquelle il se vida lorsque au bout de quelques jours j'eus enlevé la plaque de celluloïd qui faisait obstacle à l'écoulement du pus.

Relativement à l'emploi de cette plaque de celluloïd, je dirai d'abord qu'elle n'a été pour rien dans la production des accidents qui ont suivi la deuxième opération. Ces accidents avaient débuté plus d'un mois avant la deuxième opération et avaient pris une intensité redoutable; de plus les constatations faites au cours de cette opération ne nous révélèrent aucune autre lésion à laquelle on put rattacher ces accidents. Enfin tous les phénomènes alarmants disparurent aussitôt après l'évacuation du pus et le nettoyage de la plaie. Quant à la plaque de celluloïd elle-même, elle était parfaitement enchâssée dans les tissus. La réunion des parties molles au-dessus d'elle, et leur adhésion à sa surface étaient parfaites. Ce ne fut qu'au-dessous d'elle que nous trouvâmes une accumulation de liquide céphalo-rachidien, et, celui-ci ayant été évacué, que l'on vit s'écouler le pus qui s'était frayé une voie du côté où l'opération lui avait préparé une issue.

On comprendra que dans un cas aussi complexe je n'aie pas été tenté de remettre la plaque après l'évacuation du pus. Je me bornai à désinfecter le foyer et à le drainer, mais l'essai que j'ai fait de substituer une calotte artificielle rigide à l'enveloppe osseuse du crâne, pour n'avoir pas eu d'effet durable, ne me détournerait nullement d'avoir à l'occasion recours de nouveau à un semblable artifice, si j'étais forcé de faire au crâne une brèche considérable que je ne puisse fermer par la réimplantation des fragments osseux détachés.

Communication.

Sur une observation de gastro-entérostomie,

Par M. Paul Reclus.

L'anastomose entre l'estomac et le jéjunum, imaginée pour obvier aux rétrécissements cancéreux du pylore, a été froidement accueillie en France : la Société de chirurgie, dans un remarquable rapport de M. Monod, restreignait fort ses indications, nos livres d'étude, parmi lesquels le *Traité de chirurgie* et notre *Traité de thérapeutique chirurgicale*, ne sont guère encourageants et, dans notre pays du moins, au commencement de l'annés courante, le nombre de ces opérations ne dépassait peut-être pas deux. Mais voici que maintenant la gastro-entérostomie semble vouloir en appeler de cette défaveur; quelques-uns d'entre nous y ont eu recours et les bénéfices qu'ils en ont retirés sont vraiment appréciables. C'est ce que je voudrais établir à propos d'une observation personnelle dont je vais, tout d'abord, donner un résumé rapide.

I. — Il s'agit d'une femme de 51 ans entrée, le 23 juillet, dans le service de Broussais où l'envoyait notre collègue des hôpitaux, le Dr Œttinger. Les premiers accidents dataient de neuf mois environ; leur marche avait été prompte et, au moment de notre examen, nous trouvons une tumeur volumineuse, à droite; les matières ingérées sont vomies au bout de deux ou trois heures; les selles sont à peu près supprimées et la malade ne rend tous les dix ou douze jours que quelques amas glaireux par l'anus; la dilatation stomacale est invraisemblable et semble envahir tout le ventre à l'exception de l'hypochondre droit. L'amaigrissement et la faiblesse sont extrêmes et la mort est imminente. Malgré cette déchéance organique, la gastro-entérostomie nous paraît indiquée et nous y avons recours avec l'aide particulièrement compétente de notre collègue M. Chaput.

Une incision de 12 centimètres est faite, 6 centimètres au-dessus, 6 centimètres au-dessous de l'ombilic; l'estomac est mis à nu, il descend très bas dans l'abdomen et nous avons à le soulever pour atteindre l'anse jéjunale sur laquelle sera pratiquée l'anastomose; nous la trouvons sous l'épiploon et le côlon transverse, et, en suivant avec le doigt la face inférieure du mésocôlon transverse, nous atteignons ainsi la colonne vertébrale à gauche de laquelle émerge la première anse du jéjunum que nous amenons au contact de la face antérieure de l'estomac solidement fixé par deux pinces-

érignes qui tendent la paroi au niveau du point où nous la sectionnons, au bistouri, dans l'étendue de un à deux centimètres.

Après hémostase des lèvres de l'incision gastrique par des pinces à pression douce, nous voulons vider l'estomac d'abord avec un siphon, puis avec le trocart de Kœberlé, mais rien ne s'écoule malgré la réplétion évidente de la poche et force est d'attirer l'estomac au dehors après avoir protégé le champ opératoire et de l'ouvrir dans l'étendue de 5 centimètres environ; cette large incision donne issue à une masse énorme de liquide et de corps étrangers, haricots, fragments de pommes de terre, zestes d'oranges, pépins et peaux de raisin, lentilles, grains de riz accumulés depuis des mois et que n'avaient pu entraîner au dehors nos lavages réitérés.

L'estomac est vide : nous plaçons alors, selon la méthode de Chaput, un premier plan de sutures, points séro-séreux, espacés les uns des autres de 3 ou 4 millimètres. Les fils sont orientés perpendiculairement à l'incision stomacale et passent, sur l'estomac, à 2 centimètres au-dessous de l'incision, sur l'intestin, aussi près que possible de l'insertion mésentérique afin de ménager l'étoffe intestinale ; un deuxième étage de points séro-séreux, absolument identique au premier, est placé à 1 centimètre au-dessus, et cette suture achevée, nous incisons l'intestin parallèlement à son axe, dans une étendue de 5 centimètres, de façon à ce que l'orifice intestinal corresponde exactement à l'orifice stomacal.

Les deux lèvres postérieures de la bouche stomacale et de la bouche intestinale sont suturées et les points de ces fils muco-muqueux sont noués intérieurement et par conséquent font saillie dans la lumière de l'estomac et de l'intestin. Puis nous passons aux lèvres antérieures unies aussi par des points muco-muqueux, noués cette fois au dehors. Il ne reste plus alors, pour terminer l'opération, qu'à pratiquer, au-dessus de notre anastomose, deux étages de sutures séro-séreuses, placées à 1 cenimètre l'une de l'autre et absolument semblables à ceux que nous avions faits au-dessous de l'anastomose ; il existe donc six plans de suture, trois au-dessus, trois au-dessous de l'anastomose, appuis assez solides et assez nombreux pour maintenir l'affrontement et pour s'opposer à l'effusion des liquides gastro-intestinaux dans la cavité péritonéale.

Les suites de l'opération furent inquiétantes pendant deux jours ; il n'y eut point de fièvre, mais, au contraire, une certaine hypothermie ; la faiblesse était extrême et aux vomissements par obstruction avaient succédé les vomissements chloroformiques. Le troisième jour eut lieu, sous l'influence de lavements nutritifs,

une véritable débâcle intestinale et, à partir de ce moment, les vomissements cessent, l'alimentation devient possible, les forces reviennent et les couleurs et aujourd'hui, plus de deux mois après notre intervention, la dilatation presque paradoxale de l'estomac a disparu, l'opérée a gagné six livres; elle se lève, marche, mange sans dégoût même de la viande, va à la selle d'une façon régulière et se reprend à la vie; on ne reconnaîtrait plus la moribonde du mois de juillet. Ici le bénéfice de l'opération est indiscutable, puisque notre malade vit encore et que ses souffrances ont disparu.

II. — L'opération, telle que nous venons de la décrire, a été pratiquée sous le chloroforme; le choc en a été aggravé d'autant et, pendant deux jours, des vomissements dus à l'anesthésique ont failli emporter la malade. Aussi nous proposons-nous dorénavant de recourir à la cocaïne; ici l'incision de la paroi abdominale serait le seul temps douloureux; il ne le sera pas grâce à la cocaïne, car nous avons pu pratiquer des sections plus étendues sans provoquer la moindre souffrance. Dans nos trois dernières gastrostomies la cocaïne nous a été précieuse; aucun de nos opérés n'a eu ce collapsus si souvent noté dans ce genre d'intervention chez les cancéreux; le choc opératoire a été nul et la guérison rapide.

Un autre point sur lequel il faut revenir est le lavage de l'estomac: plusieurs auteurs y insistent et M. Jaboulay, dans un mémoire récent, dit que le lavage à l'eau boriquée et à l'eau bouillie est « indispensable »; il doit être pratiqué, avant l'anesthésie ou sous l'anesthésie, jusqu'à ce que les sécrétions normales ou pathologiques accumulées en arrière du barrage créé par les néoplasmes soient entraînées et que le liquide ressorte clair et limpide. Cette asepsie intérieure rendra moins dangereux un des temps de l'opération, l'incision de l'estomac. Nous y souscrivons volontiers, mais il est des cas, et notre observation en est un exemple, où ce lavage est illusoire; nous l'avons pratiqué jusqu'à fatiguer notre malade, et sans résultat aucun, entravé qu'il était par les corps étrangers qui obstruaient le tube.

En pareil cas, dans ces dilatations énormes et où des corps étrangers de toute sorte s'accumulent pendant des mois, le mieux est de ne pas fatiguer le malade par ces lavages impossibles; alors, dès que le ventre est ouvert, on ne doit pas perdre de temps, comme nous l'avons fait, en un siphonage inutile avec le gros tube en caoutchouc ou le trocart de Kœberlé; il faut attirer au dehors une portion notable de l'estomac et, après avoir bien oblitéré derrière cette portion herniée la cavité péritonéale par des éponges

et des compresses aseptiques, on ouvre l'estomac, et on évacue le liquide, on assèche les parois du viscère avec des éponges et l'on peut alors, sans crainte d'inoculer la séreuse, commencer les sutures et pratiquer l'entéro-anastomose.

Une dernière remarque, importante il est vrai, et nous en aurons fini avec le manuel opératoire : sur la foi de quelques observations les auteurs semblent craindre que le bol alimentaire en sortant de l'estomac ne s'engage en partie et s'accumule dans le bout supérieur de l'intestin transformé en cul-de-sac par le cancer pylorique; ils redoutent encore que la bile descendant du duodénum reflue par l'anastomose jusque dans l'estomac et y trouble la digestion. Aussi a-t-on songé à créer des voies de dégagement pour le bol alimentaire, des orifices de dérivation pour la bile, et dans un mémoire des *Archives provinciales de chirurgie* M. Jaboulay emprunte, en le modifiant sur un léger point, un procédé de M. Chaput et double la gastro-entérostomie d'une jéjuno-duodénostomie.

La lecture des observations ne nous semble pas aussi probante que le veut M. Jaboulay et si je m'en tiens à ses deux cas personnels, je constate que ses deux malades n'ont jamais eu de vomissements de bile et si le premier vomit tous les 8 ou 10 jours, il serait bien téméraire d'affirmor que cette régurgitation est due « à l'accumulation progressive des aliments dans le duodénum ». Le reflux de la bile n'a pas été noté dans la belle observation de Michau où la gastro-entérostomie a été, comme dans notre cas, pratiquée sans toutes ses complications opératoires d'anastomoses nouvelles. Il en est de même dans notre fait et depuis deux mois que nous suivons notre malade, nous n'avons constaté rien d'anormal dans la digestion: les vomissements — aussi bien les vomissements alimentaires que les vomissements bilieux, — font complètement défaut.

Et nous insistons, car s'il est démontré par de nouvelles observations que cette deuxième anastomose entre le jéjunum et le duodénum est inutile, nous la déclarerons dangereuse. C'est déjà une entreprise que de pratiquer sur un cancéreux les six étages de suture que réclame la bouche gastro-jéjunale; il faut un assez long temps qui s'est chiffré dans notre cas par plus d'une demi-heure. Doubler ce temps de l'intervention par six nouveaux étages n'est pas une minime affaire, lorsqu'on se rappelle le rôle que joue le choc opératoire dans la léthalité des interventions surtout pour les intestins, surtout pour les cancéreux. Aussi je ne crains pas de répéter ma formule et s'il est démontré que la jéjuno-duodénostomie est inutile, je la repousse comme dangereuse.

III. — Le médiocre accueil fait en France à la gastro-entérostomie est évidemment dû à la gravité qu'on lui supposait. Cette opération n'était-elle pas grevée d'une énorme léthalité? En 1885, quatre ans après que Woelfler eut imaginé et pratiqué la gastro-entérostomie, Winslow relevait 13 anastomosés avec 4 succès et 9 morts, soit une mortalité de 70 0/0, en 1887, Rockwitz rassemblait 21 observations avec 9 guérisons et 12 morts, ce qui abaissait la mortalité à 57 0/0. Depuis, les résultats se sont encore améliorés, puisque d'après la statistique de Guinard, qui porte sur près de 100 cas la mortalité ne serait plus tout à fait de 50 0/0. Néanmoins, un mort sur deux opérés, cette proportion n'était pas encourageante.

Elle l'était d'autant moins que la gastro-entérostomie est une opération palliative; elle n'enlève pas le cancer et, en définitive, les bénéfices n'en sont pas durables. Nous n'avons pas une table générale des survies, mais sur huit opérés de la clinique de Billroth ayant survécu à l'opération, 5 sont morts de 1 à 7 mois après l'intervention et 3 vivaient encore, mais l'intervention la plus ancienne ne remontait qu'à quatre mois. Aussi comprenons-nous les réserves que Monod faisait en 1889 lorsqu'il entourait la gastro-entérostomie de restrictions assez étroites et lorsqu'il réclamait, pour la trouver légitime, que le malade fût relativement jeune, sa maladie relativement récente et la sténose pylorique absolue.

Cependant, à cette heure, nous supprimerions volontiers ces contre-indications et nous dirions que dès que le cancer du pylore s'affirme par ses signes habituels et compromet la nutrition par des vomissements opiniâtres, l'opération est justifiée quel que soit l'âge du malade et de la maladie et bien que, peut-être, quelques parcelles alimentaires franchissent encore le pylore. Nous pratiquerions l'anastomose dans tous les cas où la pylorectomie n'est pas indiquée et celle-ci ne nous paraît acceptable que dans des cas absolument exceptionnels, lorsque le cancer est à la fois circonscrit, petit et sans adhérence; car seulement alors l'opération n'est pas effroyablement dangereuse.

Donc nous opérerions à peu près toujours, car ici l'indication nous paraît à peu près la même que dans les autres obstructions mécaniques du tube digestif, obstructions qui nous commandent la gastrostomie et l'anus artificiel; surtout nous interviendrions le plus rapidement possible, avant cette déchéance organique qui rend redoutables les moindres opérations. En effet, la gastro-entérostomie, qui a bénéficié déjà de la précision actuelle de la technique des sutures intestinales, bénéficiera encore de la précocité de l'intervention, Qu'on se rappelle la terrible mortalité de la gastrostomie dans les cancers! Les relevés de Petit étaient désas-

treux : on s'est mis à opérer plus hâtivement, et la gastrostomie est devenue une opération des plus simples et frappée d'un léthalité médiocre. Mes trois dernières gastrostomies, pratiquées à la cocaïne et sur des malades encore résistants, m'ont donné trois succès et vous vous rappelez les beaux cas présentés ici par MM. Nicaise, Routier, Terrier et Monod.

Il me semble du reste que l'expérience commence déjà à nous rassurer sur l'avenir de la gastro-entérostomie : je n'ai fait aucune recherche à ce sujet, mais, simplement à feuilleter les recueils, j'ai relevé 9 gastro-entérostomies pratiquées en France dans les premiers mois de l'année courante et je constate huit guérisons contre une mort opératoire, celle que rapportait notre collègue Schwartz. Ces chiffres m'encouragent et je conclus, pour ma part, à une thérapeutique chirurgicale plus active et si la pylorectomie paraît absolument dangereuse, si elle semble devoir être rejetée quand le cancer n'est pas petit, mobile, sans adhérences, je pense que la gastro-entérostomie, d'une gravité beaucoup moindre, peut allonger et adoucir à la fois les jours du malade.

Discussion.

M. Berger. M. Reclus me permettra de lui dire que, dans ses conclusions, il a été certainement entraîné au delà de sa pensée par le très beau succès qu'il a obtenu et qu'il vient de nous relater. Les indications de la gastro-entérostomie ne me paraissent pas aussi larges et l'assimilation avec la gastrotomie et la formation d'un anus contre nature ne me paraît pas admissible : si l'on pratique si facilement une bouche stomacale ou un anus contre nature, c'est que ces opérations sont d'une extrême innocence ; elles sont courtes, simples et faciles.

Il n'y a pas d'analogie à établir entre ces opérations et les manœuvres compliquées que nécessitent l'ouverture de l'estomac, son lavage, l'application de sutures nombreuses et délicates ; l'opération est longue et laborieuse et n'est en rien comparable à la simplicité de la gastrostomie et de l'anus iliaque.

En outre, les résultats de la gastrostomie ne sont guère encourageants et sont moins bons qu'on ne le dit. J'ai perdu un malade qui est mort d'affaiblissement progressif trois jours après l'opération. Certains malades ayant refusé l'opération ont eu une survie que j'aurais trouvée très satisfaisante, si je les avais opérés, et qui n'aurait peut-être pas été plus longue. Ces malades succombent d'affaiblissement lent et sans les grandes souffrances qu'on pourrait leur supposer.

M. Reclus. Je suis tout à fait d'accord avec M. Berger pour

reconnaître que toute opération pratiquée chez un cancéreux est loin d'être fameuse. Mais je dis et je maintiens qu'il est certains malades de cette catégorie auxquels nous rendons service en les débarrassant des violentes douleurs auxquelles ils sont en proie.

Quant à la gravité, certes je ne fais pas de comparaison avec celle de la formation d'un anus iliaque, opération tout à fait simple et innocente. Mais pour la gastrostomie, il y a aujourd'hui un changement extrême dans les résultats qui sont infiniment supérieurs à ceux qu'on obtenait il y a quelques années ; les malades ne meurent plus que rarement de l'opération.

La durée de la gastro-entérostomie n'est pas aussi considérable que le suppose M. Berger ; aidé de M. Chaput, je n'ai mis que quarante-cinq minutes pour faire toute l'opération.

Je termine en disant : certes, ce n'est pas de la chirurgie triomphante, mais dans certains cas de cancer du pylore, il y a une indication opératoire aussi nette que pour l'obstruction de l'intestin et le rétrécissement de l'œsophage, et l'on peut certainement par l'intervention adoucir les derniers moments de ces malades.

Communication.

De la stérilité des suppurations du foie et de la vésicule biliaire. Huit opérations d'hépatotomie et de cholécystomie. Huit guérisons.

Par M. TUFFIER.

Les suppurations hépatiques sont en ce moment à l'étude et la question de la virulence de leur contenu bien qu'elle ait été l'objet de nombreux travaux est encore très discutée.

Dans la séance du 7 janvier 1891, notre collègue M. Peyrot, nous communiquait une observation d'abcès du foie dont le contenu était absolument stérile, et il s'appuyait sur ce fait pour expliquer l'innocuité de la méthode de Stromeyer, Little et des chirurgiens de l'Inde qui ouvrent ces collections sans crainte d'inoculer la séreuse péritonéale, comme nous le ferions pour un abcès sous-cutané. A l'encontre de ce résultat, M. Fontan nous adressait une observation de collection purulente intrahépatique contenant des microorganismes pyogènes.

C'est dans ce débat que je viens prendre place pour montrer la présence de cette stérilité dans certaines conditions par *sept* observations dans lesquelles la clinique et l'examen bactériologique ont démontré l'absence d'organismes infectieux.

J'étendrai même mes conclusions à certaines suppurations de la vésicule biliaire, puisque dans deux opérations de cholécystomie pour calcul, j'ai pû m'assurer de l'absence d'agents pathogènes dans la collection purulente.

Par une coïncidence assez curieuse, j'ai opéré dans la même semaine à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Théophile Anger, trois abcès du foie indépendants de tout kyste hydatique antérieur. Je n'avais jamais rencontré cette variété pathologique et je n'ai pas eu l'occasion d'en voir depuis.

Obs. I. — *Trois abcès du foie, suite de dysenterie au Tonkin. Deux hépatotomies transpéritonéales. Une hépatotomie transpleuro-péritonéale. Guérison.*

Demol... (Albert), entré le 1er septembre 1891, salle Robert, n° 36, hôpital Beaujon.

C'est un jeune homme de 25 ans, assez grand, très maigre, presque cachectique. Il se plaint d'accidents gastro-intestinaux dont voici l'histoire.

Ayant toujours été très vigoureux et exempt de toute affection pathologique, il partit pour le Tonkin, le 10 septembre 1888. Au mois de mars 1889, il y prend la dysenterie qui lui dure un an et demi. Entre temps, il était embarqué pour Toulon où il arrivait le 4 août de la même année. Là, il fit un séjour d'un mois et demi à l'hôpital.

Ce fut seulement le 26 mai 1891 qu'il commença à se plaindre de douleurs dans le côté droit. Il consulta alors un médecin qui lui fit appliquer des vésicatoires et plus tard des pointes de feu sur la région douloureuse. Mais le malade n'en éprouva aucun soulagement, et il se décida à entrer à l'hôpital Beaujon, où il fut admis le 1er septembre 1891, salle Robert, n° 36.

Nous constatons à son entrée une tuméfaction dans l'hypochondre droit, sans changement de couleur de la peau. L'exploration montre qu'elle descend jusqu'à 5 centimètres au-dessus de la crête iliaque, pour se perdre en haut sous les fausses côtes. Elle s'étend de l'hypochondre droit jusqu'à la ligne médiane ; elle est diffuse, bien que sa saillie soit maxima entre l'ombilic et les côtes ; en bas, elle est limitée par un bord mousse. Elle est résistante, dure, mate, et cette matité se continue sans aucune démarcation avec celle du foie.

Les symptômes fonctionnels sont peu marqués : Douleur vive dans le flanc, sous forme d'élancements ; troubles digestifs. Pas d'ictère, urines normales.

Frissons, fièvre à exacerbation vespérale oscillant autour de 38°.

En présence de ces accidents je porte le diagnostic *abcès du foie*, consécutif à une dysenterie des pays chauds.

Le 20 septembre 1891, au pavillon Dolbeau, je pratiquai la laparotomie au point saillant, bord externe du grand droit, à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Je fais une incision de 10 céntimètres et je trouve le foie ayant sa couleur normale. Je suture les

deux feuillets de la séreuse par 8 points à la soie. Section du foie au bistouri, 6 centimètres de longueur et 3 centimètres de profondeur. Pas d'hémorragie notable ; évacuation d'une quantité de pus qui peut être évaluée à 700 ou 800 grammes. Les parois de l'abcès sont molles et régulières. Trois points à la soie sont pratiqués à travers toute l'épaisseur de la coque hépatique et de la paroi abdominale. Tamponnement léger à la gaze iodoformée; pansement iodoformé-ouaté; bandage de corps.

Le lendemain la température est de 37°. On enlève le tamponnement et on draine. Les suites sont sans accidents; les pansements sont faits régulièrement et les drains progressivement raccourcis. Vingt-cinq jours après son opération le malade sortait guéri de l'hôpital.

Le 15 novembre il entraît de nouveau, présentant les mêmes symptômes fonctionnels que précédemment. Le foie était remonté à son siége normal; la cicatrice de la paroi était souple et non douloureuse, mais on trouvait à la base droite du thorax les signes d'un épanchement. Sa matité à convexité supérieure, son enkystement, et surtout les antécédents du malade nous firent porter le diagnostic d'*abcès de la face convexe et postéro-latérale du foie.*

Étant donné le siège de la tumeur, je pratiquai, le 20 novembre, une incision transpleuro-péritonéale dans le septième espace intercostal. Les adhérences pleurales firent que la plèvre ne fut pas ouverte. J'évacuai un demi-litre de pus, et en explorant la cavité par le toucher, je constatai qu'elle était séparée de la paroi abdominale par une lame de tissu hépatique d'au moins 3 centimètres. Il y eut persistance d'un trajet fistuleux pendant deux mois, et la guérison était complète le 26 janvier. Le foie était encore volumineux, mais paraissait régulier.

Le 18 mars, le malade entre de nouveau à l'hôpital avec une tuméfaction, cette fois, dans le lobe gauche du foie. Je fais une incision médiane au point saillant suivant le même procédé; issue d'un litre de pus. Drainage. Guérison en six semaines.

Depuis cette époque, le malade se porte très bien. Il est gros et gras, comme vous pouvez le voir; son foie a ses dimensions normales et ses trois cicatrices sont parfaites et indolentes.

Le pus des deux premiers abcès, recueilli avec les précautions habituelles et examiné par M. le docteur Girode, a été reconnu stérile. Le contenu de la dernière collection examiné par M. Papillon, au laboratoire de M. Malassez, a été de même reconnu stérile, après les différents examens et les tentatives de culture. Le malade a été revu le 11 octobre 1892. Santé parfaite.

Obs. II. — *Abcès du foie. Incision transpleuro-péritonéale. Stérilité du pus. Guérison.*

Petit (Charles), 25 ans, maçon, est un homme grand et maigre qui nous est amené à l'hôpital par M. le Dr Demay, médecin de la Guadeloupe pour des accidents dus à un épanchement thoracique.

Je ne trouve dans ses antécédents aucun accident dysentérique jusqu'au mois de janvier 91 où il aurait été soigné pour une pleurésie gauche.

Au commencement d'avril il fut pris d'un point de côté occupant la base droite du thorax et fut soigné pendant un mois pour une pleurésie droite. Le 27 mai on lui fit une première ponction qui ramena 750 grammes de pus phlegmoneux. Il se remit tant bien que mal, et put reprendre son travail jusqu'au mois d'août.

Un violente douleur de côté, de la fièvre, et les signes physiques d'une pleurésie, firent croire à une recrudescence de cette affection, et le 28 août, une nouvelle ponction donnait issue à 300 grammes de pus. C'est dans ces circonstances que le malade entrait à l'hôpital, le 9 septembre 1891, pour subir l'empyème.

L'amaigrissement est alors considérable; la dyspnée est assez vive. Le thorax est élargi du côté droit, et les espaces intercostaux sont distendus. La matité remonte jusqu'à la cinquième côte; il y a absence de vibrations thoraciques, souffle, égophonie. Le foie déborde en bas les fausses côtes d'environ deux travers de doigt. La température s'élève le soir à 38° et 38°,5, ce qui, joint aux ponctions antécédentes, lève tous les doutes au sujet de la nature de l'épanchement. Une ponction, faite à ce moment avec la seringue de Pravaz dans le sixième espace intercostal démontre que l'épanchement est purulent.

Le malade étant chloroformé, je pratique donc dans le sixième intercostal, et sur la ligne axillaire, une incision de quatre travers de doigt. Je traverse les différents plans des parties molles du thorax sans trouver de liquide, mais je sens sous le doigt une surface qui bombe. J'incise le diaphragme, puis une épaisse paroi qui me sépare du liquide; et je donne issue à une quantité de pus franc que l'on peut évaluer à un litre. Le doigt pénètre profondément dans une cavité située dans le foie; je prends les bords flasques de cette cavité, et les amenant à travers la plaie je reconnais le parenchyme hépatique. Draînage double. Injection de sublimé. Pansement iodoformé-ouaté.

La température tombe à 37° pour ne pas dépasser 37°.5. Les suites opératoires sont parfaites. Les drains sont raccourcis progressivement et le malade sort guéri le 30 septembre 91.

Nous l'avons revu le 2 octobre : il est complètement guéri et présente une cicatrice parfaite. Son état général est excellent.

L'examen bactériologique du liquide a été pratiqué par M. Girode, et le pus a été reconnu stérile. L'examen histologique n'a révélé aucune trace de crochet, ni rien de semblable à une membrane quelconque.

Obs. III. *Abcès du foie. Incision transpéritonéale. Stérilité du pus. Guérison.*

Boulet (Alphonso-Félix), 32 ans, entré le 22 août 1891, salle Gosselin, lit n° 2, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Th. Auger; sorti le 15 septembre 91.

C'est un homme grand et fort, n'ayant aucun antécédent patholo-

gique autre qu'une attaque de choléra grave pendant l'épidémie de 1884. Après plusieurs mois de convalescence il se remit complètement et n'eut jamais de coliques hépatiques ou d'ictère. Deux mois avant son entrée il fut pris d'une entérite rebelle à tout traitement. Un mois plus tard il accusait une douleur dans le flanc droit et il entrait à l'hôpital.

Je trouvai une tuméfaction très nette débordant les fausses côtes droites, et descendant à mi-chemin de l'ombilic. Cette tumeur, du volume d'une tête de fœtus, occupe le bord inférieur du foie qu'elle a déformé; elle se continue sans ligne de démarcation avec la glande hépatique. Sa forme arrondie, son siège, ses connexions, sa matité, sa sensibilité, me font localiser la suppuration dans la vésicule biliaire.

Le 26 août je fais la laparotomie médiane. La tuméfaction siège dans l'épaisseur du foie; elle fait saillie sur sa surface convexe. Je suture le parenchyme à la plaie abdominale par six points au catgut et j'ouvre au bistouri.

Pas d'hémorrhagie; issue d'un litre de pus. Drainage; guérison en deux mois et demi. Le pus, examiné par M. Papillon, a été reconnu stérile.

Obs. IV. — *Abcès du foie. Incision transpéritonéale. Guérison.*

Petr... (Clémence), 40 ans, couturière, entrée le 26 août 1891, salle Huguier, n° 16, hôpital Beaujon, sortie le 6 octobre 1891.

L'observation de cette malade ayant été omise sur le registre, je ne puis reconstituer que les faits suivants. Il s'agit d'une femme grande, assez maigre, qui entra pour une tuméfaction abdominale occupant la région du flanc droit, faisant corps avec le foie, et sans accidents après. Laparotomie au Pavillon Dolbeau le 6 septembre 1891. Suture du foie à la paroi abdominale, incision, drainage, guérison sans fistule, le 5 octobre.

J'ai pratiqué deux cholécystotomies pour calcul. Dans les deux cas il y avait cholécystite suppurée. Dans un cas la suppuration était stérile, dans l'autre elle ne contenait aucun microbe pathogène ainsi que le prouve l'histoire clinique de la malade. Voici l'observation de cette dernière :

Obs. V. — *Phlegmon de la paroi abdominale antérieure. Cholécystite calculeuse suppurée. Extraction de cinq gros calculs. Passage de l'un des calculs dans le péritoine. Extraction. Guérison.*

Le 22 mars 91, j'étais appelé auprès d'une malade habitant, 16, avenue Tourville pour ouvrir un simple abcès de la paroi abdominale.

Je trouve une femme d'une cinquantaine d'années, grosse, forte, bien constituée. Elle avait une tuméfaction rouge, empâtée, œdémateuse, occupant le bord externe du grand droit, entre l'ombilic et les fausses côtes, et présentant tous les signes d'une collection suppurée de la paroi abdominale antérieure. Toutefois, à la palpation, on sen-

tait que l'empâtement s'étendait profondément, si bien que je pensai de suite à une lésion cystique possible. Une enquête minutieuse ne permettait pas de relever la moindre affection hépatique antécédente; aucune douleur rappelant de près ou de loin la colique hépatique, pas d'ictère. L'affection avait débuté par une douleur sourde persistant depuis plusieurs mois rapidement suivie de tuméfaction, et je me trouvais en face d'un abcès de la paroi sans accidents aigus ni fébriles. Le prolongement de la tuméfaction me fit penser à une suppuration en bissac.

L'indication était nette : je fis endormir la malade par mon confrère M. le Dr Selle, et n'ayant que ma simple trousse stérilisée, j'ouvre antiseptiquement l'accès dans une étendue de six centimètres. Un flot de pus s'écoule, puis un liquide noirâtre s'y mélange ; je reconnais qu'il s'agit de la bile. J'introduis le doigt dans l'abcès, et je sens profondément et en haut un calcul. Au moyen d'une simple pince à forcipressure, j'enlève avec précaution une première concrétion noire mesurant trois centimètres de côté. Je reconnais un calcul biliaire à facettes. J'en enlève un second, un troisième, puis, en ayant saisi un quatrième de volume un peu plus considérable, j'essaie de l'extraire, mais il dérape, et j'ai à ce moment la notion qu'il file en bas dans la cavité abdominale. Sous l'influence de la brusque déplétion de la vésicule les adhérences à la paroi s'étaient rompues, et le calcul, enduit de pus et de bile, était tombé dans le péritoine. Cet accident me paraissait d'autant plus redoutable que je n'étais en aucune façon outillé pour une laparotomie ou même pour rechercher le calcul dans l'abdomen. Par des pressions successives de bas en haut de la fosse iliaque vers les fausses côtes, je cherchai à ramener le corps étranger. Introduisant mon doigt par la brèche au niveau de la vésicule je l'amenai deux fois sans pouvoir le saisir. Enfin, après plusieurs manœuvres je finis par l'extraire, mais il est certain que pendant tout ce temps la séreuse fut largement contaminée. Je drainai à la gaze iodoformée la plaie péritonéale, n'ayant pas le moyen de faire un lavage. Suture du reste de la vésicule à la plaie, pansement antiseptique iodoformé et ouaté.

Je quittai très anxieux ma malade. Le soir elle avait 37°, son pansement était souillé de bile. Le lendemain il y a avait un écoulement de bile considérable, mais je ne trouvai pas la moindre réaction péritonéale. J'enlevai la gaze iodoformée le troisième jour, et je laissai la plaie se cicatriser. En vingt-trois jours la guérison était complète et aucun accident ne s'était manifesté.

J'ai eu des nouvelles de cette malade dix mois après l'opération, sa santé était parfaite.

Obs. VI. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystotomie. Extraction d'un calcul de cholestérine pure. Stérilité de la suppuration. Guérison.*

Rou..., Marie, 33 ans, entrée le 25 juin 1892, salle Huguier, n° 7, hôpital Beaujon, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale.

C'est une femme assez maigre, mais vigoureuse, mère de cinq enfants, et qui n'avait jamais eu aucun accident jusqu'au mois d'avril dernier, époque où elle fut victime de l'épidémie de grippe. Dans sa convalescence elle fut prise de douleurs vives dans le flanc droit, douleurs qui survenaient brusquement, duraient deux à trois heures, puis s'atténuaient pour revenir irrégulièrement tous les quatre ou cinq jours, toutes les semaines, laissant dans l'intervalle des accès, un endolorissement de la région. Cet état douloureux s'accompagnait d'inappétence, de constipation, quelquefois de vomissements, mais jamais d'ictère. Les accès se rapprochèrent peu à peu à partir du mois de juin, il s'irradièrent vers l'épaule droite. Une tumeur douloureuse apparut dans le flanc droit, quelques frissons irréguliers se manifestèrent, l'amaigrissement survint, et toutes les médications internes ayant échoué, la malade entre à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Th. Anger.

Je trouve dans l'hypochondre droit une tumeur arrondie du volume d'une orange légérement mamelonnée, siégeant immédiatement en dehors du grand droit, empiétant derrière ce muscle et se prolongeant profondément sous le foie. A sa surface quelques irrégularités ; la tuméfaction est peu sensible à la pression, elle est rénitente et mate, mais une bande de sonorité la sépare partiellement en haut de la matité hépatique. Aussi, pour assurer le diagnostic, je fis l'expérience de Naunyn et Minkowski, c'est-à-dire la distension de l'estomac par l'injection d'acide tartrique et de bicarbonate de soude, et la réplétion du côlon par de l'eau. Les zones de sonorité et de matité ainsi établies permirent de localiser la tumeur dans la vésicule biliaire.

Le 28 juin 1892, laparotomie latérale, en dehors du muscle droit. Incision de 10 centimètres. L'épiploon adhère à la face antérieure de la tumeur et constitue là une série de bosselures que nous avions constatées par la palpation. — Décollement des adhérences. — La tuméfaction tendue, fluctuante, est ponctionnée, et donne issue à 100 grammes de liquide purulent. Deux lignes de sutures au catgut unissent la paroi séro-musculeuse de l'abdomen ; fermeture de l'abdomen au-dessus et au-dessous. Incision de trois centimètres entre ces deux lignes : une certaine quantité de liquide purulent s'écoule, mélangé de masses gélatineuses ; l'index sent un calcul qui est extrait avec une longue pince. Cathétérisme du canal cystique au moyen d'une bougie à urèthre n° 10. La pénétration est difficile, mais le cheminement se fait bien. A l'exploration au moyen du cathéter métallique aucun contact de calcul. — Un gros drain est placé dans la vésicule. — Pansement iodoformé et ouaté.

Le lendemain de l'opération la température s'éleva le matin à 38°,3, pour tomber le soir à 37°,9 et ne plus dépasser 37°,3 jusqu'à la guérison.

L'écoulement biliaire fut considérable et la malade devait être pansée matin et soir, mais les selles étaient colorées. L'écoulement diminua progressivement, le drain fut supprimé le dixième jour, et le 21 juillet la malade sortait complétement guérie.

Je l'ai revue le 5 octobre, c'est-à-dire deux mois et demi après, la guérison était parfaite.

Deux échantillons de pus recueillis pendant l'opération par M. Papillon, l'un à la sortie du trocart, l'autre dans la vésicule, et examinés au point de vue bactériologique dans le laboratoire de M. Malassez, ont été reconnus stériles.

En somme, voilà huit interventions sur l'appareil hépatico-biliaire suivies de guérisons. Je laisse de côté ici le manuel opératoire et le résultat thérapeutique pour faire simplement remarquer que dans ces huit observations, cinq fois la suppuration a été examinée au point de vue bactériologique, et dans les cinq cas le résultat a été le même : stérilité du pus.

L'examen a été pratiqué dans des conditions toutes particulières, puisque les travaux de bactériologie hépatique de notre distingué confrère M. Girode, travaux poursuivis depuis plusieurs années, lui donnent à cet égard une compétence toute spéciale.

Dans le sixième cas, la chute d'un calcul dans le péritoine, son séjour prolongé dans cette séreuse, et tous les déplacements auxquels son extraction a donné lieu, ne laissent aucun doute sur l'issue d'un pareil accident si le pus dont il était couvert eût été virulent.

Ces faits apportent donc un sérieux appui à la théorie de la fréquence de la stérilité des abcès du foie ; et il démontre que cette stérilité peut s'étendre à certaines suppurations anciennes de la vésicule, même accompagnées de calculs. Je ne pense pas généraliser cette donnée et je ne crois pas à l'absence primitive de micro-organismes dans un abcès. Mais si on rapproche cette constatation de l'histoire clinique de mes malades, nous voyons qu'il s'agissait dans tous ces cas de suppurations dont l'origine était lointaine. Et il est probable qu'il se passe pour le foie ce que nous connaissons bien pour les suppurations pelviennes et ce que j'ai cherché à établir pour les anciennes pyélonéphrites. La stérilité tardive est secondaire à l'auto-inoculation microbienne. De là la divergence des examens pratiqués dans des conditions différentes.

Discussion.

M. Nicaise. Il semble qu'il y ait là une inconnue et l'on peut se demander s'il s'agit vraiment bien d'abcès, et si l'on n'a pas affaire à des collections *puriformes*.

Dans plusieurs observations, il est dit qu'il n'y a pas de *fièvre* ; il est bien invraisemblable qu'il se fasse du pus sans fièvre.

J'ai observé une petite collection du tissu du cœur qui ressem-

blait tout à fait à un abcès et qui n'était composée que de matières grasses et de substances protéïques. Il serait bien important de faire de ces liquides un examen complet ; car il y a là quelque chose de paradoxal et d'inconnu.

M. Quenu. J'adopte l'interprétation de M. Tuffier plutôt que celle de M. Nicaise et je ne puis admettre qu'il s'agit de collections puriformes. J'ai soigné une jeune fille de 22 ans qui longtemps auparavant avait un abcès d'ostéomyélite ; il s'était reproduit lentement un gros abcès à la face externe du fémur. M. Straus recueillit, avec toutes les précautions voulues, du pus de cet abcès que j'ouvris au thermo-cautère ; il n'y découvrit ni micro-organismes ni spores, mais il y reconnut tous les éléments ordinaires de la suppuration. Il n'y avait aucun doute sur la présence et la nature véritable d'un abcès.

M. Monod. Je ne veux que rappeler d'un seul mot ce qui se passe dans les vieilles salpingites purulentes où il y a du pus sans micro-organismes.

M. Peyrot. Je n'ai pas présents à l'esprit pour le moment les détails de l'observation clinique que j'ai communiquée : il n'y avait peut-être pas de fièvre au moment où j'aï opéré le malade ; mais il en avait eu auparavant et cette absence de fièvre parle en faveur de la stérilisation spontanée de l'abcès. Il ne me paraît pas douteux que dans ce cas il s'agisse bien de véritable pus ; à l'œil nu, on reconnaît tous les caractères de la suppuration, tels que nous les connaissons.

M. Marchand. On trouve des abcès de l'ovaire qui durent des années sans donner lieu à de la fièvre ; de même il y a nombre d'abcès froids qui se développent sans jamais donner lieu à des accidents fébriles.

M. Charvot. J'ai vu deux cas de suppuration hépatique dans lesquels il y avait la même élévation thermique que dans un abcès d'une région quelconque du corps ; il n'y avait aucune différence avec les phénomènes observés dans un abcès quelconque.

M. Tuffier. Je ne crois pas qu'on puisse douter de la nature du pus et qu'on puisse avoir affaire à des collections puriformes.

Chez tous ces malades, il y avait eu de la fièvre à un certain moment. Comme l'a fait remarquer M. Monod, on peut rapprocher de ces faits les suppurations pelviennes qui deviennent stériles à la longue et dont l'irruption dans le péritoine ne détermine que rarement des accidents, grâce à cette stérilisation spontanée.

Présentation d'instrument.

M. Félizet présente un nouveau porte-aiguilles à suture.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 19 octobre 1892

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Routier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° *Otite moyenne; phlébite du sinus latéral; septico-pyohémie consécutive; mort. Considération sur la trépanation précoce de l'apophyse mastoïde*, par M. Demmler, membre correspondant;

4° *Appendicite suppurée chez l'enfant; opération; guérison*, par M. Phocas, membre correspondant.

5° Discours prononcés à la séance générale du Congrès, par M. Janssen, membre de l'Institut et M. Léon Bourgeois, ministre de l'instruction publique (session de juin 1892);

6° Le huitième et dernier volume du *Traité de chirurgie*, par MM. Duplay et Reclus.

Communication.

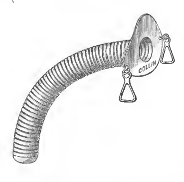
De quelques difficultés de la trachéotomie; nouvelle canule à trachéotomie,

Par M. Verneuil.

Il y a longtemps qu'on a reproché aux canules à trachéotomie d'être à peu près invariables dans leur forme et leur courbure et

d'être réduites à un certain nombre de numéros qui peuvent se trouver en défaut en présence de quelques cas. Quand on pratique la trachéotomie, tantôt la trachée a conservé son calibre et ses rapports normaux, tantôt au contraire, elle a perdu sa forme, sa direction, son calibre par le fait d'une tumeur ou d'une lésion de voisinage. C'est de ces derniers cas que je veux vous entretenir. Je parlerai incidemment d'un cas dans lequel la trachée profondément fixée et immobilisée dans un tissu inflammatoire ne peut être trouvée et où la canule mal appliquée perfora au huitième jour le tronc brachio-céphalique en donnant lieu à une hémorrhagie mortelle. Ces cas ne sont pas très exceptionnels, puisque le jour même où je communiquais mon observation, un cas semblable était présenté à la Société anatomique.

Dans le cas de tumeur et dans le cas où le cou est très court et



chargé d'embonpoint, les difficultés d'introduction de la canule peuvent être très considérables. De même dans le cas où le menton se trouve rapproché du sternum, comme je l'ai observé chez une femme atteinte de tétanos et présentant une contraction des muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

Il y a une dizaine d'année, on m'amena, à la Pitié, une malade atteinte d'un goitre énorme, tout à fait asphyxique et cachectique; la déviation de la trachée était que celle-ci était placée tout à fait sur la partie latérale du cou, sur le prolongement de l'angle de la mâchoire; elle décrivait une courbe à convexité gauche extrêmement prononcée. Je ne pouvais calculer exactement cette courbure. Avec le thermo-cautère, je mis à nu le cartilage thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne, le cartilage cricoïde et en quatre à cinq minutes, je pus introduire une canule dans la trachée.

Prévoyant dans ce cas des difficultés, j'avais été trouver M. Colin, notre habile fabricant d'instruments et je lui avais demandé s'il ne pouvait me faire une canule en ressort de bretelle. M. Colin me construisit une canule qui n'est rigide en aucun point et est souple

à partir de son pavillon; cette canule peut s'incliner en tout sens, se tordre comme un ver et même prendre une courbure en sens inverse de sa courbure normale. Je mis cette canule chez ma malade et la respiration se fit de suite facilement; elle mourut néanmoins quelques jours plus tard, complètement cachectique. Elle fut enterrée avec sa canule et je n'ai pu conserver l'instrument. Il y a douze jours j'eus l'occasion de me servir à nouveau de cette canule que j'avais fait reconstruire. Il s'agissait d'un homme de 40 ans, atteint d'une tumeur du corps thyroïde inopérable, avec envahissement ganglionnaire, présentant des accidents formidables de dyspnée au moindre mouvement et revenant sans cause appréciable vers 4 à 5 heures du matin. Prévoyant des difficultés opératoires, j'avais emporté diverses sortes de canules. Le malade était encore assez gras; je pus cependant reconnaître le cartilage thyroïde remonté, sans me rendre compte de la situation de la trachée qui plongeait derrière la tumeur; j'étais assez inquiet de la situation de ce conduit. Je mets à nu le larynx au thermo-cautère; mais à ce moment sous l'influence d'un effort, une veine se rompt et donne lieu à une hémorragie assez abondante; j'abandonne le thermo-cautère pour fendre rapidement au bistouri la membrane crico-thyroïdienne et introduire la canule de Krishaber. Le malade ne respirait plus du tout et la mort était imminente; je change d'instrument et j'introduis ma canule spéciale; à partir de ce moment la respiration se rétablit et tout danger paraît conjuré. Mais, rapidement il se produit une première, une seconde et une troisième syncope dans laquelle le malade expira. Ce drame tout entier dura environ une demi-heure. La canule spéciale n'en avait pas moins joué son rôle utile.

Ainsi, pour me résumer, dans le cas de déviation et de courbure de la trachée par une tumeur, si on peut trouver le larynx, ce qui est toujours relativement facile, on met à nu la membrane crico-thyroïdienne, on l'ouvre et on applique cette canule qui suit la courbure et les mouvements de la trachée. La même chose peut convenir dans les cas où le conduit est refoulé par une tumeur thyroïdienne médiane.

En général, quand il s'agit de ces opérations, on peut choisir son moment et si l'on n'a pas cette canule à sa disposition, il est facile de l'obtenir en peu de temps; M. Colin se charge de la construire en quelques heures.

En outre, cette canule peut être faite aussi longue qu'on le désire et on peut d'un coup de cisailles diminuer sa longueur pour l'approprier au cas présent.

Le principe de la flexibilité des canules est déjà ancien; il a été récemment appliqué à la construction des sondes uréthrales.

M. Mathieu a retrouvé dans son arsenal une canule de construction très ancienne qui ressemble à celle-ci. J'ai ici un certain nombre de modèles anciens qui s'en rapprochent.

En voici une composée de trois pièces et une autre dont le petit bout est flexible. En 1878, Kœnig a inventé une canule dont la partie médiane est flexible et mobile. Le même reproche peut s'adresser à tous ces instruments, c'est que leur première portion est rigide et ne peut se plier aux divers changements de courbure de la trachée. Je crois que le modèle que je vous présente est meilleur et peut s'appliquer à la généralité des cas.

Discussion.

M. Périer. Je veux seulement rappeler qu'en 1888, j'ai présenté au nom de M. Gouguenheim une canule à spirale très analogue à celle de M. Verneuil.

M. Verneuil. J'ai eu soin de rappeler que le principe existait déjà depuis longtemps et qu'il n'y a de nouveau que le modèle que je présente.

Communication.

Nouveau procédé d'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et par le chloroforme.

Par M. Félix Terrier.

Je désire vous dire aujourd'hui quelques mots d'un mode nouveau d'anesthésie qu'a employé dans mon service à l'hôpital Bichat, mon assistant M. Hartmann pendant mon absence. Il s'agit de l'anesthésie successive par le bromure d'éthyle, puis par le chloroforme.

Vous savez tous, la discussion soulevée dès 1880 ici même par notre collègue M. Terrillon l'a établi, que le premier de ces agents, donné à doses massives, permet d'obtenir en un temps excessivement court, quelquefois moins d'une minute, l'anesthésie complète[1]. Jusqu'ici cependant, et bien que l'emploi de cet agent fût vulgarisé en Angleterre, en Amérique, en Allemagne et en Autriche, bien qu'en France certains spécialistes, les laryngologistes en particulier, y aient eu recours d'une manière courante, son emploi restait limité aux anesthésies de courte durée.

[1] *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 317.

Suivant une idée identique à celle de Clover, qui obtenait la résolution immédiate par le protoxyde d'azote et continuait l'anesthésie par l'éther, M. Hartmann a le premier, je crois, utilisé l'anesthésie successive par le bromure d'éthyle et par le chloroforme[1]. Il y a, dès aujourd'hui, eu recours dans 65 anesthésies consécutives et dans tous les cas excepté un[2], il a pu obtenir l'anesthésie complète en un temps qui variait de une à cinq minutes; très exceptionnellement ce temps a été dépassé. Quant à la durée de l'anesthésie, elle a été celle de l'opération et a souvent été de plus d'une heure dans des laparotomies, dans une rectopexie, etc.

Dès que l'anesthésie est obtenue par le bromure d'éthyle, ce qui, je le répète, ne demande qu'un temps extrêmement court, M. Hartmann donne le chloroforme et le continue pendant tout le temps nécessaire en suivant la méthode que je préconise depuis quelques années, celle des doses faibles et continues[3].

Il faut, pour arriver à un bon résultat, suivre certaines règles :

Le bromure d'éthyle doit être donné à doses massives; l'ayant versé à plein goulot sur une compresse, on applique celle-ci devant le nez et la bouche du malade en lui faisant faire quelques grandes inspirations. Il y a le plus souvent dès la seconde ou la troisième inhalation un peu d'agitation, mais dès la cinquième ou la sixième la perte de connaissance est complète. Continuant l'administration de l'agent anesthésique on arrive, après une période très courte de contracture tonique, qui manque même quelquefois, à la résolution complète avec congestion de la face et dilatation pupillaire.

A ce moment, on remplace la compresse imbibée de bromure d'éthyle par une deuxième sur la laquelle on a versé du chloroforme faisant succéder sans interruption aucune celui-ci à celui-là. Cette première dose de chloroforme doit seule être assez forte. On peut, dès lors, commencer l'opération. La congestion de la face va progressivement diminuer, la dilatation pupillaire va faire place à son rétrécissement, en un mot, on passera des signes de l'anesthésie par le bromure à ceux de l'anesthésie chloroformique sans que pour cela le sommeil soit le moins du monde interrompu.

[1] L'idée avait été amenée par M. Just Championnière dans la discussion dès 1880.

[2] Dans ce cas il s'agissait d'un homme que l'on a endormi à deux reprises et pour lequel on a dû employer 42 grammes de chloroforme avant d'arriver à la résolution. Il s'agit donc d'un cas exceptionnel, et l'on ne doit pas impliquer l'insuccès partiel du bromure d'éthyle à cet agent.

[3] Consulter à cet égard, M. Péraire, *Revue de chirurgie*, mai 1889, p. 394. — M. Baudouin, *Gaz. des hôpitaux*, 7 et 14 juin 1890.

A partir de ce moment l'entretien de l'anesthésie est obtenue par les procédés ordinaires; on est simplement arrivé à l'anesthésie complète, pour ainsi dire d'emblée sans passer par la période quelquefois si longue qui la précède dans l'anesthésie chloroformique.

Dans 64 cas sur 65, l'anesthésie ainsi conduite soit par M. Hartmann, soit par l'anesthésiste du service M. Bourbon, soit par un de mes élèves M. Maggil, a été obtenue avec une rapidité beaucoup plus grande que par les procédés usuels.

C'est là tout au moins un des avantages de cette méthode que je désirais vous signaler immédiatement mais que nous allons continuer à expérimenter dans mon service.

Discussion.

M. Richelot. — A quelle époque M. Hartmann a-t-il commencé à appliquer ce procédé? Depuis longtemps, M. le Dr Poitou-Duplessis a eu l'idée d'appliquer le bromure d'éthyle au commencement de l'anesthésie par le chloroforme et j'ai dans mon service employé cette manière de faire : on engourdit le malade par le chlorure d'éthyle et on continue l'anesthésie par le chloroforme. Le sommeil est rapide et facile. M. Poitou-Duplessis a fait une communication sur le même sujet à la Société obstétricale et gynécologique. M. Lucas-Championnière qui assistait à la séance a été frappé de ce fait et a prié l'auteur de venir employer ce procédé dans son service; je ne sais ce qu'il en est advenu.

Voici ce que j'ai observé pour mon compte. Tous ou à peu près, nous avons essayé et abandonné la piqûre d'atropo-morphine pratiquée avant l'anesthésie, parce que nous n'en avons rien obtenu en dépit des données de la physiologie. J'ai accueilli avec faveur le procédé Poitou-Duplessis dans l'espoir d'atténuer les réflexes dangereux du début de la chloroformisation; je crois qu'il y a des malades chez lesquels il est important de diminuer ces réflexes, tels sont les gens âgés et les cardiaques.

D'une manière générale, j'emploie le chloroforme à la façon ordinaire; mais chez une grande cardiaque, j'ai, avec le meilleur succès, commencé l'anesthésie avec le bromure d'éthyle; de même chez une malade atteinte d'une bronchite et que j'ai dû opérer d'urgence, malgré ses accidents pulmonaires. Cette malade s'est parfaitement endormie, et du même coup a été guérie de sa bronchite.

Je crois ce procédé mixte excellent pour obtenir un sommeil rapide et prévenir les réflexes.

M. Terrillon. J'ai fait à Lourcine mes premières expériences

d'anesthésie par le bromure d'éthyle; depuis que je suis à la Salpêtrière, j'ai complètement abandonné ce moyen. J'avais été effrayé de l'asphyxie que présentent les malades au début des inhalations et qui m'avait paru dangereuse. Ce mode d'anesthésie s'est généralisé à Nancy et dans l'Est et est surtout appliqué aux accouchements; il y a eu des cas de mort. Néanmoins je l'ai employé dans ma clientèle pour de petites opérations où il n'y avait besoin que d'une courte anesthésie. Plusieurs dentistes s'en servent couramment et n'ont jamais eu d'accidents. Pour mon compte, je l'ai abandonné parce que je n'ai rien eu à reprocher au chloroforme.

M. Richelot. M. Terrillon parle de l'anesthésie complète par le bromure d'éthyle, et il n'en est pas question, puisque nous n'avons en vue que l'anesthésie du début provoquée par cet agent.

M. Terrier. Je n'aurais pas parlé de l'anesthésie par le bromure d'éthyle s'il s'agissait de l'anesthésie complète et totale. J'ignorais les faits que vient de nous signaler M. Richelot; M. Hartmann a eu l'idée d'obtenir au début une anesthésie rapide avec le bromure d'éthyle et de continuer avec le chloroforme; il devra rechercher à qui appartient la priorité de ce procédé.

Je diffère de M. Richelot en ce que j'anesthésie *complètement* le malade avec le bromure d'éthyle avant d'employer le chloroforme, au lieu de simplement l'engourdir. J'ai 66 observations actuellement de ce mode de faire; je ne sais si l'on n'observera jamais d'accidents, et je ne puis faire d'affirmation dans ce sens. M. Pozzi a assisté à une anesthésie provoquée de cette manière, et il a pu constater avec quelle facilité le sommeil a été obtenu.

Communication.

De la gastro-entérostomie.

Par M. Schwartz.

A propos de l'intéressante communication faite dans la dernière séance par M. Reclus, je tiens à rappeler le fait que j'ai eu l'honneur de vous présenter, il y a environ deux mois, et à appuyer en grande partie les conclusions données par notre collègue.

Il s'agissait dans notre cas d'accidents aigus d'occlusion pylorique, consistant en vomissements incessants, de matières marc de café, intolérance absolue pour tout aliment même liquide, refroidissement rapide, anurie presque complète, chez un malade dont

l'affection avait débuté cinq à six mois avant. J'ai pratiqué l'opération dans ces conditions déplorables, comme étant l'unique chance de prolonger l'existence menacée à bref délai.

L'opéré a succombé quatre jours après, malgré les lavements alimentaires et les soins qui lui ont été donnés, sans que ce décès puisse être attribué à l'opération, qui á plutôt prolongé sa vie; l'autopsie nous a montré l'absence complète de lésions dépendant de l'opération en elle-même, et par contro un cancer secondaire disséminé du foie, en même temps qu'une obstruction presque complète du pylore par le néoplasme. Ce malade est mort, dans le cas actuel, malgré l'intervention, comme meurent souvent les cancéreux, et si je ne l'avais pas opéré, ce n'est pas au bout de quatre jours, mais au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures qu'il eût succombé. Ce fait n'est donc pas à mettre au passif de la gastro-entérostomie, que je considère pour ma part comme une bonne opération palliative pour les cas de rétrécissements cancéreux avérés du pylore.

Pour cela, il faut qu'elle soit aussi simple comme exécution et aussi rapide que possible. C'est à ces deux conditions qu'elle devra être appliquée aux cas où la pylorectomie sera impossible et où cependant l'état général des malades permet d'espérer encore une certaine survie.

Comme M. Reclus, je crois qu'elle est aussi bien indiquée dans les cas où le pylore devient imperméable que la trachéotomie l'est pour le cancer du larynx, l'anus iliaque pour le cancer du rectum, la gastrostomie pour celui de l'œsophage.

L'opération que j'ai pratiquée, je l'ai faite en quarante-cinq minutes, soit 90 points de suture sur 3 plans muco-muqueux, 2 plans musculo-séreux et séro-séreux, avec l'aide de mon collègue et ami Chaput, dont le concours m'a été très précieux. L'aiguille à pédale dont il se sert est très bien adaptée à la facture rapide des points de suture.

Comme mon collègue Reclus, je n'ai point pensé faire dans mon cas l'anostomose jéjuno-duodénale pour obvier aux vomissements consécutifs et à la régurgitation du chyme de l'intestin dans l'estomac.

Ces manœuvres allongent considérablement l'opération, la rendent plus grave, et si quelques opérés y ont résisté, rien ne dit qu'on n'eût pas obtenu par l'opération simple les mêmes résultats, puisque ceux-ci l'ont été très manifestement dans plusieurs observations, et en particulier dans celle de notre collègue Reclus.

Je lui demanderai, toujours dans le même ordre d'idées, s'il n'est pas d'avis que la gastro-entérostomie, faite sur la partie antérieure de l'estomac, n'est pas préférable à celle qu'on fait sur

sa face postérieure en soulevant et en perforant, comme l'a pratiqué notre collègue Michaux, le mésocôlon transverse. Son cas est une confirmation que la bouche stomacale antérieure peut fonctionner tout aussi bien, et cela en faisant courir à l'opéré bien moins de chances d'accidents (hémorragies du mésocôlon, gangrène de l'intestin) et de mort.

Dans mon cas, j'ai pu, sans aucune difficulté, amener l'anse du jéjunum en avant du côlon transverse, et, quoique l'estomac fût plutôt petit et rétracté, faire les sutures en totalité hors de l'abdomen, dont l'intérieur était garanti contre toute irruption de matières par des compresses aseptiques.

En terminant, je voudrais encore insister sur deux points de moindre importance, eu égard à l'opération en elle-même : le lavage préventif de l'estomac et l'anesthésie.

Chez mon opéré, j'ai pratiqué le lavage préventif de l'estomac immédiatement avant l'intervention, et cela sans aucun inconvénient; le malade endormi et l'estomac attiré, après l'avoir épuisé, j'ai complété ce lavage en introduisant dans l'estomac un tube en caoutchouc qui, faisant l'office de siphon, m'a permis un nettoyage rapide et complet. Je n'attache donc pas au lavage préventif une trop grande importance; pour peu qu'il soit très pénible, l'on s'en abstiendra, quitte à évacuer le contenu stomacal le viscère une fois ouvert, et cela juste assez pour y introduire un siphon et laver.

Quant à la chloroformisation, je ne vois pas pourquoi nous la refuserions à nos opérés : l'opération devant durer au moins trois quarts d'heure, étant minutieuse et demandant une immobilité complète du patient, me paraît difficilement justiciable de l'anesthésie complète à la cocaïne, d'autant que les vomissements post-chloroformiques sont loin d'être la règle quand on donne le chloroforme à petites doses et continuellement, et qu'une suture à trois étages et bien faite y résistera, comme dans le fait même que nous a communiqué notre collègue.

Discussion.

M. Reclus. Je pense, comme M. Schwartz, qu'il est plus facile et plus simple de pratiquer l'abouchement avec la face antérieure de l'estomac; de cette façon, c'est une opération quasi extra-péritonéale. Je n'ai pas d'expérience sur l'abouchement avec la face postérieure.

Je crois aussi qu'il sera toujours bon de pratiquer le lavage de l'estomac surtout si on peut pratiquer ces manœuvres sur l'organe attiré hors de l'abdomen.

J'ai toujours pratiqué ces opérations sous le chloroforme ; mais je ne doute pas qu'elles puissent être pratiquées avec la cocaïne ; l'anesthésie pourrait être prolongée un temps suffisant et elle pourrait avoir l'avantage de supprimer les vomissements que provoque le chloroforme.

M. Terrier. Je communiquerai prochainement une observation de gastro-entérostomie. Je crois à la nécessité de faire le lavage préalable de l'estomac et de le faire aussi grand et complet que possible. Pour le siège de l'ouverture, il faut choisir l'endroit le plus facile et le plus simple, c'est-à-dire la face antérieure. Cette opération est alors presque extra-péritonéale, comme l'a dit M. Schwartz, et c'est un argument en faveur de la face antérieure.

Les vomissements ne me paraissent pas tenir à l'anesthésie ; la malade que j'ai opérée avait des vomissements énormes, épouvantables et n'a plus vomi après l'anesthésie. Il n'y a pas de règle à établir à ce sujet. J'ai remarqué que les personnes qui avaient facilement le mal de mer vomissaient très fréquemment après l'anesthésie.

M. Schwartz. Mon malade n'a plus vomi après avoir pris le chloroforme.

M. Pozzi. Il y a cinq ou six ans que j'ai eu l'occasion de pratiquer, le premier en France, la gastro-entérostomie. Je me suis conformé à la technique de von Hacker, adoptée par Billroth, qui en a une très grande expérience et par qui je l'avais vue pratiquer.

J'ai fait la bouche intestino-stomacale sur la face postérieure de l'estomac en passant à travers le mésocolon transverse. Je crois que ce lieu d'élection est préférable toutes les fois que des circonstances particulières ne pousseront pas à le rejeter, car cette règle comme toutes les règles de médecine opératoire est sujette à exceptions. On peut très bien ainsi manœuvrer sur un lit do compresses hors de l'abdomen, si l'on est convenablement aidé, tout comme si l'opération était faite sur la face antérieure. J'ajoute que le choix de la face postérieure a une raison physiologique. Elle permet au cours des matières de s'effectuer dans le sens de la pesanteur, en évitant de laisser au-dessous du nouveau pylore un clapier où fermentent les matières alimentaires.

Une partie des accidents consécutifs à la gastro-entérostomie (tympanisme, renvois odorants, dyspepsie, vomissement) peut être en effet attribuée à la circulation défectueuse, à la stagnation des substances alimentaires dans l'estomac au-dessous et en arrière de l'ouverture artificielle.

M. Terrier. Je ne suis pas convaincu que les accidents soient

dus à cette stagnation et je ne crois pas qu'il y ait là une raison de chercher la face postérieure de l'estomac.

M. Reclus. Dans mon cas, la dilatation était énorme, excessive, l'estomac descendait très bas au-dessous de l'ombilic; la dilatation a disparu après l'opération et il n'y a eu ni fermentation ni troubles dyspeptiques.

M. Pozzi. C'est un cas heureux où la bouche stomacale antérieure a été suffisante; mais on ne peut pas tirer de conclusions fermes d'après quelques faits.

Communication.

Trépanation pour accidents cérébraux tardifs consécutifs à un traumatisme.

Par M. Peyrot, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Je profite de ce que la question de la trépanation dans les accidents tardifs des traumatismes du crâne a été portée devant la Société de chirurgie, pour vous rapporter une observation bien curieuse, mais d'une interprétation singulièrement difficile :

Le nommé T..., âgé de 39 ans, terrassier, reçut, en mai 1892, un coup de manivelle sur le côté droit de la tête. De là une petite plaie de 3 centimètres qui suppura pendant quelques jours et finit par guérir sans incident.

Il reprit son travail et n'éprouva aucun trouble jusqu'à la fin de juillet. Le 30 juillet, le membre supérieur gauche est pris tout d'un coup de mouvements épileptiformes qui disparaissent le jour suivant, puis se reproduisent dans la nuit du 31 juillet au 1er août. Ce jour-là, le malade entre à Lariboisière dans le service du Dr Raymond, suppléé à ce moment par le Dr Delpeuch. En quelques heures son état s'est rapidement aggravé. A peine dans le service, il présente des accès de contracture et des secousses violentes dans le membre supérieur gauche; le membre inférieur du même côté est atteint de la même façon, mais à un degré moindre; le malade est très agité, il n'a plus sa connaissance, délire. Les crises épileptiformes tendent à se généraliser; elles sont si violentes que l'on est obligé d'attacher le patient dans son lit.

Le 2 août, cet état persiste. La température axillaire est de 39°. M. Delpeuch le fait passer dans mon service, salle Nélaton, et je l'opère d'urgence à l'instant même.

Opération. — Le cuir chevelu étant rasé, on aperçoit la cicatrice de

l'ancienne plaie. Elle siège au niveau de la partie supérieure et antérieure de la région temporale droite. Guidé par cette cicatrice et par la détermination du siège des centres moteurs des membres, je fais aux téguments une incision de 10 centimètres, dirigée d'arrière en avant et un peu de haut en bas. Le crâne étant mis à nu, je ne découvre ni enfoncement ni fissure. Quatre couronnes de trépan sont appliquées à la file; les points intermédiaires sont enlevés avec la pince coupante. On détermine ainsi une brèche longue de 8 centimètres, large de 2 centimètres et demi, au niveau de laquelle apparaît la dure-mère. Elle est saine, mais tendue, fortement bombée. Incisée dans son milieu, elle laisse voir les circonvolutions cérébrales. Celles-ci tendent tout de suite à faire hernie au dehors. La pie-mère qui les recouvre semble œdémateuse; le long des vaisseaux se montrent de petites traînées blanchâtres de 1 à 2 millimètres de large qui donnent l'idée d'une méningite.

La hernie du cerveau était si prononcée, les parties explorées avec le doigt semblaient si molles que je soupçonnai la présence d'un abcès profond à ce niveau. Je pratiquai, pour m'en assurer d'abord, deux ponctions avec l'aiguille de la seringue de Pravaz. Cette recherche étant restée négative, j'enfonçai directement en trois points différents et jusqu'à une profondeur de 3 centimètres la lame d'un bistouri. Pas plus de pus qu'auparavant.

Il était impossible de pousser plus loin les recherches. Je refermai donc la plaie après avoir suturé la dure-mère par un surjet au catgut.

La réunion a été obtenue par première intention; mais ce que cette observation présente de vraiment curieux, ce sont les suites de cette intervention.

Le jour de l'opération le malade a encore des secousses assez fortes dans le bras gauche jusque vers deux heures de l'après-midi. A cinq heures, il n'a plus que quelques petits mouvements du bras; il est calme, répond aux questions qu'on lui adresse, il se rend compte de ce qu'il a été agité et de ce qu'il a déliré la veille. Dans la nuit l'agitation le reprend; il veut se lever. Trois fois on le recouche de force; on est obligé de l'attacher dans son lit.

Le lendemain matin 3 août, un peu d'agitation persiste; mais le malade répond bien aux questions; le bras gauche n'est plus agité de secousses. Il serre vigoureusement la main et exécute presque tous les mouvements des doigts.

Même état le 4.

Le 5 août, on note encore quelques troubles intellectuels. Le malade veut s'en aller chez lui. Aucune douleur de tête.

Le 6 août, il est tout à fait tranquille, lit son journal et semble dans son état normal.

A partir de ce moment la guérison ne s'est pas démentie. On le garde à l'hôpital jusqu'au 29 août pour le surveiller et pour guérir les plaies qu'il s'est faites aux jambes pendant qu'il était attaché. Il a été revu depuis sa sortie et encore ces jours-ci. Il ne se ressent plus du tout de l'accident qu'il a éprouvé.

Je pense que l'explication de ce fait est des plus difficiles. Y avait-il là un début de méningite que l'opération a enrayée ? Je ne puis guère le croire. Je livre donc le fait sans réflexion, tel que je l'ai recueilli.

Présentation de malades.

1° *Résection ancienne du genou.*

M. Quénu. Je présente un garçon de 21 ans, réséqué du genou il y a quatre ans. Aujourd'hui, la marche est très bonne ; le malade peut venir à pied de Saint-Cloud à Cochin, il monte facilement à l'échelle et peut faire toutes ses occupations d'employé de librairie. Il porte constamment un appareil de soutien que je l'ai engagé à conserver.

J'ai opéré ce garçon dans des conditions déplorables à l'hôpital Bichat ; il était atteint d'une tuberculose quasi généralisée et avait même des hémoptysies. Localement, la peau du genou était criblée de fistules et en partie détruite par des ulcérations tuberculeuses ; l'extrémité inférieure de la cuisse était creusée de clapiers et de décollements. Je dus faire une opération qui ne dura pas moins de deux heures.

J'enlevai tous les tissus en ne laissant qu'une longue languette de tissu osseux à la partie antérieure du fémur ; si j'avais enlevé tout ce qui me semblait malade, il y aurait eu un raccourcissement d'un tiers du membre.

Aujourd'hui, le résultat dépasse toutes les espérances qu'on aurait pu concevoir.

2° *Exstrophie complète de la vessie, épispadias, etc., restauration, guérison*, par M. Poirier, chirurgien des hôpitaux.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 26 octobre 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de MM. Broca, Michaux et Picqué, demandant à être inscrits sur la liste des candidats au titre de membre titulaire ;

3° M. Kocher (de Berne), membre correspondant étranger, adresse les ouvrages et brochures suivants :

a. *Chirurgische Operationslehre;* b. *Zur Verhütung des Cretinismus und cretinoider Zustände nach neuen Forschungen ;* c. *Ueber combinirte Chloroform-Æthernarcose;* d. *Zur intraperitonealen Stielbehandlung bei Hystero-Myomectomie ;* e. *Das Œsophagusdivertikel und dessen Behandlung ;* f. *Fest-Schrift zum* 25ᵉ *Doktor — und Dozenten — Jubiläum,* am 18 Juli 1891.

4° *Beitrag zur operativen Behandlung der Trigeminus-Neuralgieen*, par M. Arthur Flach (de Berne). — Thèse inaugurale Berne 1892 ;

5° *Spondylolisthesis*, par M. Antoine Neugebauer (de Varsovie) ;

6° 36 *neue Fälle von Cervicalfisteln des Uterus*, par le même ;

7° *Hépatite aiguë, abcès du foie ; opération de Stromeyer-Little*, par M. Massart (de Honfleur).

MM. Ollier, membre honoraire, Julliard, correspondant étranger, Cerné, correspondant national, assistent à la séance.

A propos du procès-verbal.

Néoformation du pylore; gastro-entérostomie; guérison.

Par M. Terrier.

(Observation rédigée d'après les notes de M. Matton, interne du service.)

Mᵐᵉ Ch..., née Constance I es..., 48 ans, cuisinière, m'est adressée à l'hôpital Bichat, le 28 mai 1892, par le professeur Potain.

Les antécédents héréditaires sont à peu près nuls; son père et sa mère sont morts hydropiques à 68 et 70 ans. Pas d'antécédents cancéreux du côté des autres parents.

Mme Ch... a eu onze frères ou sœurs, dont la plupart sont morts très jeunes. Elle a perdu un frère à 25 ans, d'accidents paludéens et d'hémorragies (?) et une sœur à 28 ans, tuberculeuse; il lui reste encore deux frères.

Il y a seize mois, la malade se portait encore bien, ne présentait aucun trouble digestif, sauf un peu de ballonnement après les repas; elle pesait alors 100 kilogrammes.

En mai 1890, l'appétit diminua, les digestions devinrent lentes et pénibles; puis survinrent des vomissements assez irréguliers; le plus souvent la malade se plaignait d'être constipée, parfois cependant il y avait de la diarrhée.

L'amaigrissement s'accentua peu à peu et les forces diminuèrent, malgré de nombreux traitements dirigés contre les troubles de la digestion.

Il y a un an environ, l'estomac devint absolument intolérant; chaque ingestion d'aliments était suivie de vomissements précédés de contractions douloureuses du viscère, contractions visibles à l'extérieur; la constipation devint alors très opiniâtre, et l'alimentation tout à fait insuffisante.

Depuis huit mois, perte complète de l'appétit, douleurs dues aux contractions stomacales, très vives.

Il y a six mois, première hématémèse, qui depuis s'est renouvelée deux ou trois fois.

A son entrée à l'hôpital, la malade est pâle, amaigrie, sans forces. L'appétit est nul, la langue blanche et humide. En explorant la région épigastrique, on y constate une tumeur mal circonscrite, sorte de gâteau, dont le palper est assez douloureux. L'estomac est très notablement dilaté; de plus, il est le siège de contractions péristaltiques très nettement appréciables à la vue et au toucher; ces contractions sont douloureuses pour la malade. Les vomissements de tous les aliments ingérés sont presque incessants et les douleurs qui les accompagnent sont assez vives pour nécessiter des injections de morphine assez fréquentes. Pas de fièvre, température oscillant entre 36°,8 et 37°,2.

Il n'existe pas de ganglions au niveau du cou; pas d'œdème des extrémités.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine; il y a 16 grammes d'urée par litre. Notons que la quantité d'urine éliminée en vingt-quatre heures est beaucoup au-dessous de la normale : 300 centimètres cubes.

Opération le 5 juillet 1892. — Aidé par mon élève et ami M. le Dr M. Péraire; le chloroforme est donné par M. Malherbe, interne du service.

Incision médiane sus-ombilicale. Sous la couche musculaire, existe une notable quantité de graisse sus-péritonéale qui gêne l'opérateur.

On découvre nettement le carcinome, qui occupe le pylore et se pro-

longe à la fois sur la petite et sur la grande courbure de l'estomac.

Je pénètre alors entre la grande courbure et le côlon transverse, passant au travers des quatre feuillets péritonéaux, en ayant soin de pratiquer au fur et à mesure une hémostase aussi complète que possible. Cinq à six fils de soie sont placés sur les vaisseaux intéressés, dont la plupart sont des veines. Enfin, avec quelque peine, j'arrive derrière l'épiploon sur le paquet de l'intestin grêle. Là, je recherche et trouve facilement la première portion de l'iléon bridée par l'artère mésentérique supérieure et je l'attire au dehors. J'avais aussi attiré au dehors l'estomac très dilaté.

Le reste de l'opération a lieu en quelque sorte en dehors de la cavité péritonéale, abritée de tous côtés par des compresses stérilisées qui limitent très bien le champ opératoire.

Comme l'estomac est très dilaté, en le relevant en haut, on découvre très facilement la partie postérieure de l'organe, un peu au-dessus de la grande courbure ; or, ce fut cette partie que je suturai et anastomosai avec la partie supérieure de l'anse de l'iléon amenée parallèlement à elle.

Voici comment je procédai à cette anastomose :

1° Je fis un plan de suture à points séparés et au fil de soie, réunissant les deux parois, celle de l'estomac et celle de l'intestin, sur une longueur de 11 à 12 centimètres. Ces points de suture ne pénétraient ni dans la cavité de l'estomac ni dans celle de l'intestin. C'était des sutures dites séro-séreuses.

2° Une autre série de sutures, presque parallèle à la précédente ligne, mais convergeant vers elle à ses extrémités furent placées, toujours séparées, d'un côté sur l'estomac, de l'autre sur l'intestin. Cette suture ne fut pas serrée ; les extrémités des fils de chaque anse sont maintenues par des pinces à pression, et le milieu de l'anse est aussi tenu par une pince à pression, de façon à parfaitement reconnaître la disposition de toutes ces anses de fil qu'on peut en outre superposer dans des compresses stérilisées.

3° J'ouvris alors d'abord l'intestin au bistouri dans une étendue de 3 à 4 centimètres, ce qui donna peu de sang et à peine d'écoulement liquide. Nous sommes dans le jejunum.

4° Ouverture analogue et dans la même étendue de l'estomac qui donne issue à une notable quantité de mucus mousseux et noirâtre qu'on éponge et qui gêne l'opérateur.

5° Suture minutieuse, soit à points séparés, soit en capitons, de la muqueuse stomacale à la muqueuse intestinale. Cette suture est faite d'abord du côté qui répond à la suture déjà pratiquée et serrée, entre la séreuse intestinale et la séreuse stomacale. Puis on suture l'autre lèvre qui correspond à la suture séro-séreuse d'attente.

6° Il me suffit alors de serrer la rangée de suture séro-séreuse d'attente déjà placée, ce qui est très vite fait, étant donné la faculté de se reconnaître avec les pinces à pression placées comme je l'ai dit aux deux extrémités et au milieu de l'anse de fils. Pinces superposées dans des compresses stérilisées.

7° L'épiploon, placé au-dessus de la suture, vers la grande courbure de l'estomac, et déjà sectionné pour pénétrer en arrière de lui, est fixé sur la suture gastro-intestinale à l'aide de quelques fils de soie, et vient en quelque sorte renforcer cette suture.

Les compresses enlevées, et la toilette péritonéale faite, ce qui fut fort simple, puisque cette cavité était abritée de tous côtés par les compresses, je fermai le ventre.

La suture de la paroi fut faite à trois étages : suture en soie pour le péritoine et pour les aponévroses ; suture avec le crin de Florence pour les téguments.

L'opération a duré une heure quarante, on a utilisé 30 grammes de chloroforme pour l'anesthésie.

Le pansement fut fait avec une compresse stérilisée pliée en quatre et une couche d'ouate hydrophile stérilisée.

La malade a eu fort peu de choc opératoire. Le soir, le pouls à 108°, température 37°,4, respiration 36. Pas de vomissements. Injections d'éther et de caféine.

6 juillet. La malade est calme : pouls 86°, température 38°, respiration, 28. 200 grammes d'urine en vingt-quatre heures. Pas de douleurs ni de vomissements, aucun retentissement péritonéal. Le soir : température, 37°,8, pouls à 100. Champagne glacé; eau de Vichy naturelle.

7 juillet. Température matin et soir, 37°, pouls, 92 et 84. Urine 800 grammes. Même régime, pas de vomissements ni de douleurs.

8 juillet. Température, 36°,8 et 37°, pouls, 80. La malade prend un peu de lait coupé d'eau de Vichy.

9 juillet. Température, 36°,8 et 37°,1, pouls, 76 à 80. Même état satisfaisant et alimentation lactée. Urines 1,000 grammes.

10 juillet. Température, 37°, pouls, 80. 1,000 grammes d'urine. Lait.

11 juillet. Matin température, 37°, pouls, 76. La malade prend un potage au lait dans la journée. Le soir : température, 38°. Du reste, l'état général et local sont bons.

12 juillet. On fait le pansement, la réunion est parfaite et on enlève les fils profonds placés dans les téguments. Température, 36°,8 matin et soir. Potages au lait.

13, 14 et 15 juillet. L'alimentation consiste en potages au lait et deux œufs à la coque. Température au-dessous de 37° (36°,6 et 36°,8).

16 juillet. Température du matin, 36°,8; soir, 37,3° Même régime.

17 juillet. Nouveau pansement. On enlève tous les crins superficiels ; la place est totalement réunie et guérie. Température du matin, 36°,8, soir, 37°,4.

18 et 19 juillet. La température oscille entre 36°,8 et 37°,2. Bon état général. Alimentation avec le lait et les œufs.

20 juillet. Sans nous prévenir, la malade ingère de la viande. La température, qui le matin était à 37°, monte le soir à 39°. Il y a un léger malaise et des douleurs d'estomac avec coliques.

21 juillet. Reprise du régime lacté et des œufs. 37°,8 le matin, 38° le soir.

22, 23, 24 juillet. La température oscille entre 37° et 38° Douleurs et coliques calmées.

25 juillet. La température remonte à 38°,2 le soir. Quelques coliques suivies de diarrhée le lendemain 26. On prescrit du sous-nitrate de bismuth avec le lait et les œufs.

27 juillet. La diarrhée a complètement cessé. La température oscille de 37° à 37°,4, jusqu'à la fin du mois. On continue le régime lacté avec des œufs, jusqu'au 7 août. La température oscille de 36°,8 à 37°,2.

Le 8 août, la malade prend pour la première fois et sans accidents, de la viande rôtie. Température du matin, 36°,8 et du soir, 37°,2. L'état général est très bon et la malade engraisse sensiblement.

Jusqu'au 1er septembre, la température oscille entr 37°,2 et 36°,8; l'alimentation se fait bien et sans douleur, bien que l'opérée mange à peu près de tous les aliments distribués aux autres malades. Il persistait toutefois un peu d'œdème des membres, surtout après la station debout un peu prolongée. Le poids de la malade était de 70 kilogr. Dès le lendemain de sa sortie, Mme Ch. fut prise de vomissements et de diarrhée, sorte de *cholérine*, qui dura et la rendit fort malade.

Toutefois, ces accidents cessèrent et l'état général continue à s'améliorer sous l'influence d'une facile alimentation.

Nous ne revoyons Mme Ch. que le 23 octobre 1892, soit un peu plus de trois mois et demi après son opération. L'état général, comme vous pourrez vous en assurer, est excellent, le poids est de 87 kilogrammes. L'appétit est régulier et très bon, la digestion facile, pas de diarrhée ni de constipation. Parfois, il y a quelques douleurs au creux épigastrique et des borborygmes assez intenses, qui gênent un peu la malade. Au niveau de la région épigastrique, vers le pylore, on sent une sorte d'empâtement profond mal circonscrit et indolore à la pression; en fait la néo-formation pylorique ne paraît pas avoir fait de progrès sensibles depuis quelques mois.

Je me permets, messieurs, de faire quelques remarques à propos de cette observation. Tout d'abord, malgré le mauvais état très marqué de notre malade, je n'ai pas hésité à lui proposer une intervention, qui d'ailleurs lui avait été indiquée par M. le professeur Potain. La malade souffrait beaucoup et vomissait absolument tout ce qu'elle prenait; en outre, il y avait une succession d'hématémèses depuis quelques jours. Or, le résultat de l'intervention a été, dès le soir de l'opération : 1° la cessation des douleurs dues aux contractions de l'estomac ; 2° la disparition des vomissements. Et cependant notre patiente a été endormie pendant une heure quarante minutes.

Accuser le chloroforme de provoquer les vomissements, comme le fait notre collègue M. Reclus, me paraît inacceptable. Et comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, les causes de vomissements,

après le chloroforme sont fort multiples et parmi ces causes multiples il y a la prédisposition individuelle.

J'ai utilisé le chloroforme, ou pour mieux dire l'anesthésie générale, pour pratiquer cette gastro-entérostomie et je suis résolu à faire encore de même dans l'avenir.

Le manuel opératoire que j'ai suivi est aussi un peu spécial.

Au lieu de soulever et relever l'estomac et l'épiploon pour atteindre le jejunum, j'ai été directement sur l'intestin en passant à travers l'épiploon. L'estomac d'un côté, et l'intestin jejunum de l'autre n'ont pas été fixés par des érignes ou par des pinces comme on l'a proposé. Les doigts d'un aide me maintenaient l'estomac, et le jejunum était très facile à garder en place sur nos compresses stérilisées.

Loin d'ouvrir d'abord l'estomac, j'ai commencé à faire une longue suture séro-séreuse entre l'intestin grêle et l'estomac, qui relevé, offrait tout naturellement sa face postérieure. J'ajoute que si c'eût été plus facile à la face antérieure, je n'aurais pas hésité à choisir cette face, au lieu de la postérieure. Ma première ligne de suture à points séparés placée, intestin et estomac étaient immobilisés ensemble.

C'est alors que, laissant toujours intactes les parois intestinales et stomacales, j'ai placé d'avance tous les fils de ma deuxième ligne de suture séro-séreuse. La première ligne répondait à 1 centimètre en arrière de l'ouverture probable gastro-intestinale, ma deuxième ligne répondait à 1 centimètre environ en avant de cette ouverture probable.

Comme je vous l'ai dit dans l'observation, cette ligne de suture ne fut pas serrée, mais fut disposée pour être prête à être serrée dès que les ouvertures gastrique et intestinale auront été faites.

J'ouvris d'abord l'intestin grêle espérant le trouver vide, ce qui arriva et me servant simplement du bistouri. Puis j'ouvris de même l'estomac. Comme je ne l'avais pas lavé antérieurement, ce qui est une faute — il s'écoula une assez grande quantité de mucus glaireux qui inonda mon champ opératoire. — Toutefois, je pus me rendre maître de cet écoulement en plaçant dans l'ouverture un petit tampon d'ouate stérilisée maintenu par une pince à pression. Je ne me préoccupai pas de vider le viscère, ce qui me semblait trop long et inutile.

Je pratiquai, soit à points passés, soit à capiton, la suture muco-muqueuse, d'abord de la lèvre postérieure de mes deux incisions viscérales, puis de la lèvre antérieure. Ce fut simple et facile à faire.

Les parties bien nettoyées, je fermai rapidement ma suture séro-séreuse déjà placée. Quelques points sur l'épiploon conso-

lidèrent cette deuxième suture séro-séreuse. Vous avez vu que les suites opératoires furent excellentes et que la malade n'eut jamais l'ombre de péritonite, ou plutôt de symptômes péritonitiques. Le procédé de suture gastro-intestinale que j'ai suivi ici est absolument identique à celui que j'ai employé il y a déjà quelques années (1889) et que j'ai utilisé de nouveau récemment pour faire la cholécystentérostomie; il est décrit dans la thèse de mon excellent ami et élève M. H. Delagenière (du Mans) [1]. Quoi qu'on en ait dit, je l'ai trouvé assez simple à mettre en pratique et même assez élégant à faire; en outre, comme il m'a fourni de bons résultats, je n'ai nulle envie de le changer quant à présent.

En terminant je répéterai que le lieu d'anastomose entre l'estomac et le jejunum m'importe assez peu ; que malgré toutes les théories émises, les troubles ultérieurs qui peuvent survenir tiennent bien plus à l'évolution normale de la néoformation, qu'à des soi-disant fermentations dans un diverticule stomacal, ou bien à l'accumulation d'aliments dans le duodénum, comme on l'a dit. Ainsi la pratique qui consiste à faire en plus de la gastro-entérostomie une autre opération, comme une anastomose entre le jejunum et le duodénum, me semble absolument contre-indiquée et mauvaise.

Il y a quelques années, en 1889, notre collègue mon ami le Dr Ch. Monod considérait la gastro-entérostomie comme une opération dont les indications étaient absolument exceptionnelles et son opinion parut partagée par les membres de la Société.

Aujourd'hui M. Reclus vous dit nettement qu'il faut opérer *à peu près toujours*, ce qui est bien près de toujours.

De quel côté est la vérité ? Je crois qu'il ne faut pas, après une expérience aussi limitée que la nôtre, émettre de suite des axiomes sur ce point difficile. Toutefois, on peut dire sans crainte que la tendance des chirurgiens sera d'opérer souvent, et pour obtenir des succès d'une certaine durée, d'opérer de bonne heure. Puissent les médecins nous aider dans cette voie qui semble la plus logique !

Discussion.

M. Reclus. J'accepte volontiers les réserves formulées par M. Terrier et je constate que nous ne sommes séparés que par des nuances. Je crois qu'on peut aujourd'hui donner cette formule : toutes les fois qu'il y aura un obstacle mécanique empêchant les matières alimentaires de passer au niveau du pylore, il y a indication de lever cet obstacle. Certes, on pourra trouver des contre-indi-

[1] *Thèse de Paris*, 1890.

cations générales; la formule en question ne peut s'appliquer à tous les cas, mais elle peut trouver son application dans la majorité des cas de sténose pylorique.

M. Terrier. J'ai surtout voulu montrer quel grand pas en avant nous avions fait depuis deux ans; à cette époque, notre collègue Monod, dans un remarquable rapport, condamnait presque l'opération; aujourd'hui M. Reclus la recommande dans la majorité des cas. Actuellement, la faveur paraît être en pareil cas aux opérations palliatives; bientôt peut-être il y aura lieu de se demander, quand l'indication opératoire sera posée, s'il y a lieu d'enlever l'obstacle au lieu de le tourner, si à la gastro-entérostomie on ne devra pas substituer la pylorectomie. En tout cas, il y a lieu aujourd'hui de tenir compte de l'état psychique du monde *médical* et par là j'entends surtout des *médecins* dont les idées ne sont encore que peu avancées sur ce sujet. Ce n'est que plus tard que la question des interventions radicales pourra plutôt se poser; elle n'est encore aujourd'hui qu'au point où nous l'avons mise.

Communication.

A propos des suppurations hépatiques.

Par M. Moty.

Les observations d'abcès du foie communiquées récemment par M. Tuffier offrent trop d'intérêt pour rester sans écho; dans les colonies tropicales on a souvent affaire aux abcès du foie et aux formes les plus graves de ces abcès évoluant avec une grande rapidité sur des hommes épuisés par les fatigues, la fièvre et la dysenterie. Nous les observons également dans les hôpitaux de la métropole sur les militaires revenus des colonies depuis un temps plus ou moins considérable, mais alors avec une marche toute différente et la comparaison qui s'établit naturellement entre les deux évolutions de la maladie donne lieu à des remarques cliniques susceptibles de contribuer à la solution du problème pathogénique posé par M. Tuffier.

Voici le type habituel des suppurations du foie en Extrême-Orient : hépatite survenant brusquement avec une marche aiguë sur d'anciens dysentériques et quelquefois sur des hommes qui n'accusent que des accès de fièvre dans leurs antécédents. La maladie se manifeste par une douleur vive dans la région hépatique avec névralgie réflexe de l'épaule droite et par une fièvre assez

intense oscillant entre 38 et 40°; cette fièvre existe toujours même quand l'hépatite doit se terminer par résolution. Le faciès de ces malades est si spécial et leur attitude dyspnéique si caractéristique que le diagnostic s'inscrit pour ainsi dire de lui-même sur chacun d'eux; si la marche de la maladie indique une suppuration probable, on incise les téguments et arrivé sur le péritoine on ponctionne le foie; dès que l'on a trouvé du liquide on ouvre largement sur le trocart comme conducteur et l'on donne issue à une bouillie lie de vin, mélange de pus, de bile et de détritus de tissu hépatique ; l'abcès est peu volumineux.

En Algérie et en France on rencontre au contraire plus habituellement des cas chroniques évoluant sourdement, se traduisant au début par une douleur intermittente du flanc droit plus ou moins vive et ne s'accompagnant pas toujours d'élévation de la température; quand on incise l'abcès qui forme souvent une véritable tumeur on trouve un liquide beaucoup moins rouge et quelquefois même franchement purulent; on a donc affaire à deux types d'abcès sensiblement différents et cependant tous deux procèdent d'une même étiologie, la dysenterie ou le paludisme établis sur un organisme dont le foie congestionné offre une susceptibilité exagérée. En effet, si l'on n'observe pas ces abcès à la suite des dysenteries de notre climat, c'est que le foie n'y est pas physiologiquement semblable au foie des pays chauds.

L'infection est plus ou moins grave, plus ou moins aiguë, mais elle est constante et quand la fièvre paraît manquer, c'est qu'elle a disparu au moment où l'abcès devient manifeste; les observations abondent dans lesquelles on a noté des accès de fièvre et de la douleur hépatique à une époque séparée par de longs mois de santé apparente du jour où l'abcès fut incisé ou se vida par les bronches, et dans toutes mes observations, la fièvre existait sauf dans un cas sur lequel je reviendrai.

Voici quelques faits d'anatomie pathologique qui expliquent jusqu'à un certain point les causes de ces abcès tardifs : sur quarante-sept autopsies pratiquées au Tonkin j'ai trouvé six fois des noyaux inflammatoires rouges ou jaunâtres, uniques ou multiples, traces d'une hépatite latente en évolution ou en voie de régression.

Les lésions hépatiques étaient restées ignorées dans les six cas relevés plus haut parce que les malades sont morts d'affections intercurrentes ou de mort violente et qu'ils étaient porteurs de lésions peu étendues; mais rien ne permet cependant de supposer qu'elles aient évolué sans fièvre.

A un degré de gravité un peu plus élevé, les symptômes de l'hépatite deviennent évidents, mais rien n'est difficile comme de dé-

terminer s'il y a ou non suppuration ; nous pensons même que cette suppuration peut exister et se résorber et que telle est l'origine des noyaux jaunes que nous avons rencontrés ; les malades guérissent alors mais restent sous le coup de récidives ultérieures. Comme types de ces formes abortives je rapporterai les deux cas suivants observés à Hanoï avec M. le professeur Robert. Il s'agissait dans le premier d'un soldat européen entré à l'hôpital en juin 1877 avec les symptômes habituels de l'hépatite, *fièvre élevée*, douleur hépatique, vive et grande anxiété. M. Robert fit à la région hypocondriaque droite une incision parallèle aux côtes et s'arrêtant au péritoine dans l'intention d'ouvrir largement l'abcès le lendemain; mais trouvant alors le malade considérablement soulagé et avec une température normale nous jugeâmes bon d'ajourner la ponction et l'incision et, en effet, la nature fit à elle seule les frais de la guérison. Vers la même époque nous eûmes à traiter un jeune commis du trésor brusquement atteint de point hépatique et de fièvre ; nous l'observâmes pendant trois jours, prêts à inciser dès que nous aurions quelque indice de la formation d'un abcès. Mais il se fit un épanchement pleural droit et la fièvre tomba aussitôt pour ne plus se relever; j'ai suivi ce malade, il est actuellement bien portant.

J'ai rapporté ces observations si sommaires qu'elles soient parce qu'elles complètent le tableau clinique des hépatites, formes aiguës graves à suppuration immédiate, souvent mortelles, formes abortives avec fièvre, formes latentes susceptibles de se réveiller ultérieurement et enfin abcès consécutifs aigus avec fièvre ou chroniques sans fièvre survenant quelquefois longtemps après le retour des malades en Europe.

J'ai eu l'occasion d'examiner les noyaux inflammatoires que je signalais tout à l'heure sur le foie d'un Annamite, décédé le 21 juillet à l'hôpital d'Hanoï après douze jours de traitement, par suite de dysenterie; l'autopsie fut faite à 9 heures du matin peu de temps après le décès; le foie pesait 2 kil. 260 et était semé de noyaux jaunes du volume d'une lentille, l'orifice du canal cholédoque était obstrué par un calcul biliaire du volume d'une noisette faisant saillie dans le duodénum et la vésicule contenait des gaz et un liquide aqueux jaune trouble dans lequel flottaient une grande quantité de petits calculs, il y avait aussi des gaz dans les gros canaux biliaires; le tube digestif offrait les lésions de la dysenterie et le cæcum était presque détruit par une vaste ulcération ; en résumé dysenterie et lithiase biliaire tout à la fois et consécutivement hépatite généralisée. La substance des foyers examinée au microscope après dissociation fourmillait de bactéries et de micro-coques. Cet examen fait six heures environ après la mort n'a

qu'une valeur tout à fait relative, mais rapproché de ceux de de Gennes (*Arch. de méd.*, 1886) il vient à l'appui des données cliniques pour faire admettre la nature primitivement infectieuse des hépatites suppurées; cette opinion se trouve encore corroborée par les inflammations pleurales concomitantes même en l'absence de lésions du diaphragme.

Les faits communiqués par M. Tuffier ne sont pas en contradiction avec ces vues pathogéniques, car il est parfaitement admissible que des foyers inflammatoires infectieux puissent se résoudre en un pus aseptique.

Je crois, d'ailleurs, comme l'ont dit MM. Nicaise, de Gennos et Monod, que cette question n'est pas spéciale à la chirurgie du foie mais se rattache à un des principaux problèmes de la pathologie générale.

On disait il y a quelques années que le pus était antiseptique; depuis Metchnikoff a établi sa belle théorie de la phagocytose et l'idée que le globule blanc est l'agent principal de la défense de l'organisme contre les différentes infections ou plus généralement contre toutes les causes irritantes; l'idée que le pus n'est pas infectant par lui-même a gagné tous les jours du terrain; d'un autre côté les expériences de Rinn ont démontré que le péritoine tolère fort bien les infections mêmes abondantes de bacilles pyogènes (bacilles de l'acné) à condition que les cultures injectées soient pures.

L'innocuité du pus hépatique peut donc s'expliquer soit par la stérilité acquise de ce liquide, soit par la persistance d'un seul organisme dans les produits de l'inflammation. Quoi qu'il en soit, ce pus stérile ou non peut contenir des toxines et la nécessité de son évacuation par de larges incisions n'est pas à discuter toutes les fois qu'elles sont praticables; mais les accidents ne sont à redouter, et il en est de même pour la bile, que si la quantité épanchée dans le péritoine est trop considérable et surtout si l'épanchement se répète sans trouver une voie de drainage vers l'extérieur.

J'ai dit que je considérais les foyers primitifs comme septiques et cependant je n'ai jamais vu de péritonite survenant à la suite de l'incision des abcès précoces du foie; les mémoires de M. Chauvel[1] n'en mentionnent pas non plus et le seul cas où je l'aie vue dans les derniers travaux publiés[2] s'est présenté dans

[1] *Archives générales de médecine*, août 1889.

[2] Rozemont-Malbot (*Archives de médecine et pharmacie militaire*, 1889) en cite un deuxième cas sans autopsie à la suite d'une troisième récidive, opérée entre les deux premières cicatrices.

des conditions telles que le pus hépatique n'est pas seul en cause; il y eut des efforts de vomissements et hernie d'une anse intestinale immédiatement après l'incision de l'abcès; intervention possible de germes étrangers par conséquent; de telle sorte que si nous sommes amenés à envisager la pathogénie des abcès du foie comme celle des autres abcès nous n'en admettons pas moins sans réserve la conclusion qui ressort des observations de M. Tuffier, à savoir que la pénétration de ce pus dans le péritoine en petite quantité n'offre aucun danger par elle-même.

Je ne puis m'empêcher d'insister incidemment sur les déceptions auxquelles ont abouti pendant la campagne du Tonkin les espérances qu'avaient fait naître les premières statistiques de l'opération de Little.

Nous savions qu'il fallait opérer de bonne heure et ouvrir largement et c'est ce que nous avons tous fait. Eh bien, je n'ai vu guérir pour mon compte qu'un seul opéré, et je suis certain que les résultats de nos camarades dans l'intérieur du pays ne sont pas sensiblement meilleurs; les malades étaient soulagés par l'opération mais ils mouraient par épuisement peu de temps après et l'on trouvait à l'autopsie le gros intestin ulcéré et l'intestin grêle desquamé sur toute leur étendue. Ceux d'entre nous qui étaient au bord de la mer étaient plus heureux.

M. le médecin principal Demler a publié dans la thèse de M. Grémillon (1889) quatre observations d'abcès du foie recueillies à l'hôpital à Haïphong avec quatre succès opératoires et une seule mort ultérieure après deux mois de survie. C'est là une série exceptionnellement favorable. Dans les ports de débarquement en France et en Algérie les résultats ne sont pas beaucoup plus encourageants qu'aux colonies, parce qu'on opère encore là sur des hommes épuisés à lésions intestinales graves que la chirurgie la plus hardie et la plus correcte est impuissante à sauver; et enfin les cas d'abcès tardifs d'origine indo-chinoise qui se présentent dans les hôpitaux de France offrent eux aussi une gravité sérieuse par la raison que les ulcères dysentériques existent encore chez la plupart d'entre eux[1]. En un mot les abcès du foie contractés au Tonkin sont particulièrement graves parce que les dysenteries de ce pays sont elles-mêmes d'une ténacité désespérante.

Voici une observation du type aigu primitif :

N..., soldat au régiment étranger, entré le 22 décembre 1887 à l'hôpital de Quang-Yen pour une hépatite apparue deux jours auparavant et consécutive à une dysenterie bénigne (13 mois de séjour au

[1] CHAUVEL, *Archives générales de médecine*, août 1889.

Tonkin). L'anxiété respiratoire, la douleur et lo gonflement du foie, la température élevée, 40,2, le matin, 39,7 le soir ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection bien que d'abcès ne fasse pas de saillie appréciable. Le lendemain, incision oblique de huit centimètres à l'hypocondre droit, immédiatement au-dessous du rebord des fausses côtes, ponction du foie, issue de liquide lie de vin, large débridement sur le troquart comme conducteur sans tenir compte du péritoine, lavage à l'eau chaude phéniquée, gros drain, pansement à l'iodoforme; l'état du malade semblait alors désespéré; cependant la température tomba le lendemain 24 (38, 38,4), et un mieux sensible se produisit, mais pour quelques jours seulement et le 28, le malade succombait non pas tant à son abcès du foie qu'à ses lésions intestinales; le péritoine était intact.

En voici un autre du type sub-aigu consécutif

E..., soldat au 4e régiment d'infanterie de marine, a été atteint de dysenterie en France (1889) huit jours après son retour de Cochinchine où il avait passé vingt-cinq mois; son abcès a été ouvert dans un hôpital civil à la fin de mars 1891 à la partie postérieure du septième espace intercostal; il entra au Val-de-Grâce le 8 mai avec une plaie ulcéreuse à bords relevés et minés par une couche de pourriture d'hôpital assez épaisse.

Les lavages à l'eau chaude, le pansement au naphtol camphré et un drainage à double tube restent sans résultat; la plaie se déterge mais continue à s'agrandir, un pus rougeâtre chargé de bile et de détritus hépatiques continue à s'échapper par la plaie; la septième côte mise à nu se nécrose, la diarrhée persiste malgré tous les traitements et la cachexie ultime s'établit le 3 juin avec une trombose veineuse des membres inférieurs; le malade succombe le 8, un mois après son entrée. L'autopsie montre que le péritoine est intact et que le foie adhère au diaphragme par toute sa face convexe. Le tube digestif présente les lésions habituelles des dysenteries graves; épaississement, ulcères nombreux, kystes folliculaires et cicatrices bleuâtres dans toute l'étendue du gros intestin, congestion de l'intestin grêle dans sa moitié inférieure.

Le côté gauche du thorax est sain ; à droite, il y a adhérence pleuropleurale dans le cul-de-sac diaphragmatique et la plaie d'incision considérablement agrandie par l'ulcération traverse ce cul-de-sac sans ouvrir réellement la cavité pleurale, pénètre jusqu'au diaphragme ulcéré lui-même sur une étendue presque égale (10 à 12 centimètres) et arrive sur la face convexe du foie où se trouve la trace de l'abcès représentée par une perte de substance en forme de coquille de noix, sans aucun foyer de suppuration dans la substance hépatique voisine histologiquement altérée d'ailleurs et offrant tous les caractères d'une dégénérescence graisseuse. Même résultat fatal des deux côtés, malgré l'opération de Little ou une intervention analogue et dans les deux cas la cause de la mort est la même; absence d'assimilation et déficit

croissant de la nutrition. En rassemblant mes observations, je relève, sur quatorze cas d'abcès du foie diagnostiqués, six guérisons, dont deux à la suite de l'ouverture de l'abcès par la méthode de Little ; en faisant abstraction des cas Algériens, toujours plus favorables, il reste onze cas avec cinq guérisons, dont deux après incision de l'abcès, les trois autres par résolution spontanée. Bien que cette statistique soit courte, elle est d'autant plus significative que, dans trois des cas de guérison (dont un par évacuation pulmonaire, l'autre avec pleurésie consécutive), le diagnostic peut être conteste et que toutes mes autopsies faites au Tonkin pour abcès du foie non opérés ont au contraire démontré que l'intervention était impraticable ou qu'elle n'aurait pas sauvé le malade.

Je termine ce qui a trait aux abcès d'origine indo-chinoise, en rapportant une observation favorable déjà publiée en partie par M. Chauvel [1] et qui, à elle seule, pourrait fournir quatre cas de succès par la méthode de Little ; c'est celle à laquelle j'ai fait allusion plus haut, comme type de l'abcès apyrétique ; elle est aussi celui de l'abcès à répétition ; le malade qui en fait l'objet, lieutenant au régiment étranger, fut opéré une première fois à Tourane, en 1888, pour abcès du foie survenu six jours après une dysenterie de trois semaines ; guérison temporaire. Trois mois après, récidive de l'abcès, nouvelle opération, guérison. En juillet 1889, résection partielle des 7e et 8e côtes cariées qui entretenaient une fistule, guérison. Enfin, le 11 septembre 1890, le malade entre une troisième fois au Val-de-Grâce pour une tumeur de l'hypocondre droit attribuée à une dilatation do l'estomac ; il souffre depuis deux mois de dyspepsie et de douleurs au flanc droit ; il n'y a pas de fièvre, mais les antécédents, la matité de la tumeur ainsi que sa fixité relative font le diagnostic ; une ponction donne issue à un liquide qui, examiné au microscope, contient des globules purulents parfaitement légitimes ; pas de crochets d'échinocoque ; et ce troisième abcès, opéré dans la ligne mamillaire droite, immédiatement au-dessous des côtes, donne issue à deux litres de pus d'abord rougeâtre, puis crémeux : il y a ici des adhérences solides entre le foie et la paroi abdominale qui rendent l'incision extra-péritonéale. Introduction d'un gros drain, suites fort simples.

Le 12 octobre, quelques jours après la cicatrisation du trajet du drain trop tôt retiré, la peau rougit et s'œdématie, la température monte à 38-5 et M. le professeur Robert fait une quatrième incision dans la cicatrice et donne issue à un litre de pus. Enfin, le 10 novembre la cicatrisation est complète et le malade, revu le 25 avril 1891, paraît être guéri définitivement. Cette dernière observation rappelle beaucoup la première de M. Tuffier ; le malade est apyrétique, il porte un véritable kyste purulent hépatique et le pus crémeux de cet abcès peut être considéré comme cliniquement aseptique, bien que l'examen bactériologique manque, mais il s'agit ici d'un abcès tardif à pus blanc et pour ceux-là le pronostic est favorable, car la condition *sine qua non*

[1] *Archives générales de médecine*, juillet 1890.

de leur formation, c'est que le malade soit guéri de sa dysenterie et que ses fonctions digestives se soient suffisamment rétablies pour le mettre en état de faire les frais d'une suppuration éliminatrice et réparatrice.

Ma statistique algérienne ne porte que sur trois cas, dont une seule guérison douteuse par évacuation pulmonaire (le malade a été perdu de vue). Je résume les deux autres cas :

1er *Cas*. B..., caporal au régiment étranger, entré à l'hôpital de Géryville (Oran), le 28 octobre 1873, malade depuis huit jours, diarrhée, amaigrissement, douleur hépatique; tumeur dure peu élastique, en rapport avec le foie sans fluctuation apparente et descendant jusqu'à deux centimètres de l'ombilic ; pas de fièvre, pas de dysenterie antérieures ; adhérences pleurales épaisses à droite, sans épanchement. Malgré le traitement médical employé, la diarrhée persiste, des vomissements quotidiens apparaissent, le poids du malade tombe de 52k800 le 14 décembre à 49k500 le 26 du même mois et à 45k250 le 13 janvier. A cette époque, apparition d'hémorroïdes volumineuses, cachexie, sifflement dans les oreilles, mort sans œdème des membres inférieurs (11 février 1874).

L'autopsie montre des adhérences pleurales droites épaisses, foie très volumineux refoulant l'estomac à gauche; adhérences péritonéales lâches du côlon transverse, du cœcum et de la partie inférieure de l'intestin grêle ; abcès volumineux du foie contenant deux litres et demi de pus grumeleux et de sérosité citrine trouble; la partie supérieure de cet abcès est formée par la capsule du foie épaissie (2 millimètres) et indurée, comme cartilagineuse et mamelonnée intérieurement; il est limité en bas par la paroi inférieure de la vésicule biliaire largement ulcérée en haut, le lobe droit est complètement détruit, le gauche est grisâtre et il en reste 500 grammes environ ; le canal cholédoque paraît complètement oblitéré ; pas d'ulcère dysentérique dans l'intestin ; rien à noter dans les autres organes.

Cette observation, déjà ancienne, est à classer dans la catégorie des abcès chroniques d'emblée, d'origine probablement palustre, presque sans fièvre et dans lesquels l'ouverture précoce par la méthode de Little offre le plus de chances de guérison; l'incision aurait dû être faite dès l'entrée.

2e *Cas*. Abcès du foie, de même forme que le précédent, incisé largement immédiatement au-dessous des côtes droites, persistance d'une suppuration abondante par la plaie. Je vois ce malade en janvier 1884, deux ou trois mois après l'incision ; malgré les lavages antiseptiques, il a de la fièvre hectique, se cachectise et meurt en février 1884 ; l'abcès avait dû être ouvert trop tardivement, car il avait fusé au devant de la colonne vertébrale jusqu'à la grande échancrure sciatique dans laquelle il s'engageait sans faire cependant aucune saillie appréciable sous la peau ; une contre-ouverture à la fesse eût été le seul moyen de sauver ce malade.

Ces deux observations montrent que les abcès d'Algérie souvent palustres évoluent beaucoup moins rapidement que les abcès du Tonkin; celles qui ont été publiées depuis et celles qu'a rapportées notre collègue Charvot prouvent que l'emploi précoce de la méthode de Little offre dans les premiers les plus grandes chances de succès.

Pour conclure, je dirai : 1° que la stérilité du pus des abcès hépatiques est d'autant plus probable que la suppuration a été plus tardive; 2° que le passage du pus ou de la bile dans le péritoine est innocent pour de petites quantités de liquide et en l'absence de fautes de technique antiseptique; que le pronostic des abcès aigus précoces est beaucoup plus grave que celui des abcès chroniques ou tardifs, et que pour les premiers, la mortalité ne peut être estimée à moins de 50 0/0, quelle que soit la méthode de traitement mise en œuvre.

Communication.

Sur une variété nouvelle de hernie inguinale congénitale chez la femme (hernie enkystée de la grande lèvre).

Par M. Berger.

Dans un travail récent que je vous ai communiqué sur quelques variétés insolites et non encore décrites de la hernie inguinale chez la femme [1], j'ai insisté sur la fréquence des hernies congénitales et sur l'analogie que présentent quelques-unes de celles-ci avec diverses formes de la hernie inguinale congénitale que l'on observe chez les hommes. Je faisais d'ailleurs remarquer, et j'ai dû répéter dans le *Traité de chirurgie* de MM. Duplay et Reclus [2], que les hernies inguinales de la femme sont insuffisamment connues et ont été jusqu'à présent l'objet de descriptions très imparfaites : il ne faut donc pas s'étonner si je n'ai trouvé dans la littérature médicale aucune observation où ait été notée la disposition que je viens de rencontrer.

Hernie inguinale congénitale entourée d'une cavité séreuse ne renfermant pas de liquide (hernie enkystée de la grande lèvre); cure radicale; guérison.

Marie Collin, âgée de 45 ans, blanchisseuse, fut admise à l'hôpital

[1] Sur quelques variétés de la hernie inguinale congénitale chez la femme (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1891, nouv. série, t. XVII, p. 283).

[2] *Traité de chirurgie*, 1892, t. VI, p. 737.

Lariboisière cette année, au mois d'avril, pour une hernie située à gauche dont elle connaît l'existence depuis une vingtaine d'années. Cette hernie présente les caractères des hernies inguinales; elle ne se réduit qu'avec peine, peut-être même pas d'une manière complète. En conséquence l'*opération de la cure radicale* est pratiquée le 29 avril.

L'incision partant de l'anneau inguinal externe et remontant en haut et un peu en dehors sur la paroi abdominale est faite comme d'ordinaire; la paroi antérieure du trajet inguinal est fendue sur une hauteur de 4 à 5 centimètres et les bords de l'aponévrose d'insertion du grand oblique sont largement écartés.

On découvre alors, sous une épaisse couche de graisse, un sac recouvert d'une sorte d'enveloppe dartoïque et sillonné de veines volumineuses (caractères que j'ai signalés comme propres aux hernies congénitales de la femme). — La paroi du sac est saisie et incisée; sa cavité ne renferme pas de liquide, mais elle est remplie par une saillie qui ressemble au premier abord à une anse intestinale : mais en examinant de plus près la cavité qui vient d'être ouverte, et qui s'étend de la partie supérieure de la grande lèvre jusqu'aux limites supérieures du trajet inguinal, on constate qu'elle ne communique nulle part avec la cavité péritonéale; qu'elle se termine en cul-de-sac au niveau de l'anneau inguinal profond; que la séreuse qui la tapisse se réfléchit sur la bosselure qui proémine dans son intérieur et qui avait d'abord été prise pour l'intestin. Celle-ci même n'a ni la forme ni l'apparence de l'intestin; sa surface est constituée par une membrane mince à travers laquelle on voit l'épiploon par transparence. C'est le véritable sac herniaire qui fait saillie dans la cavité séreuse que l'on vient d'ouvrir et qui n'est qu'un kyste de la grande lèvre.

On incise cette membrane, on ouvre ainsi la véritable cavité du sac; celui-ci renferme une assez grande masse d'épiploon très épaisse et friable. Cet épiploon est attiré le plus possible, divisé en deux pédicules bien au-dessus du point où il s'engageait dans la hernie; ces pédicules sont assurés avec des ligatures en chaîne et réduits après que l'épiploon a été excisé.

On énucléé alors assez facilement le sac dont on poursuit l'isolement bien au-dessus de l'anneau inguinal interne; chemin faisant on constate :

1° Que la paroi qui sépare le sac herniaire de la cavité où il proémine est unique, non dédoublable, solide et résistante, quoique très mince;

2° Que le sac et la cavité kystique qui l'entoure sont très adhérents au ligament rond dont on peut toutefois les séparer; mais en le faisant on isole le ligament rond sur une grande longueur et même on désinserre son extrémité antérieure;

3° Que la hernie est bien une hernie inguinale oblique externe;

4° Que le collet du sac présente une valvule circonscrite, très tranchante au niveau, ou même un peu au-dessus de l'anneau inguinal profond.

Le reste de l'opération est terminé par le procédé que je mets généralement en usage : le péritoine, isolé le plus haut possible est étreint

bien au-dessus du collet du sac par une double ligature en soie; le sac est alors réséqué; son moignon est fixé par la suture de Barker aux aponévroses abdominales à 3 centimètres au-dessus de l'anneau inguinal profond. Puis la paroi postérieure du trajet inguinal est reconstituée par 6 ou 7 points de suture entrecoupés à la soie, réunissant le tendon conjoint à la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope. Le ligament rond est alors raccourci et fixé au pubis; et la paroi antérieure du trajet inguinal est reconstituée par la suture de l'aponévrose du grand oblique au moyen de 8 ou 10 fils de soie. Suture perdue des parties molles superficielles; suture de la peau au crin de Florence. Pansement au salol avec compression et repos au lit pendant un mois complet.

Le premier pansement fut fait le douzième jour; la réunion était complète. L'opérée sortit de l'hôpital au bout du mois avec une cicatrice solide. Elle a été vue depuis en très bon état.

Dans le travail que j'ai cité tout à l'heure, et dans l'article que j'ai consacré aux hernies inguinales de la femme, dans le *Traité de chirurgie* de MM. Duplay et Reclus [1], j'ai indiqué comme propres aux hernies congénitales les caractères suivants :

1° Revêtement du sac herniaire par un tissu analogue au tissu dartoïque, adhérent au sac lui-même ;

2° Présence à la surface du sac de veines volumineuses, traversant le trajet inguinal;

3° Existence de valvules, de replis semi-lunaires ou de diaphragmes résultant de l'oblitération incomplète du processus vagino-péritonéal (canal de Nück) dans l'intérieur du sac, principalement au voisinage de l'anneau inguinal profond ;

4° Adhérence du sac au ligament rond;

5° Enfin, l'existence en avant du sac d'un kyste résultant du cloisonnement du canal de Nück avec persistance de sa cavité dont la partie inférieure forme le kyste, dont la partie supérieure donne accès à la hernie.

J'ai, dans ce mémoire, signalé plusieurs faits. J'avais observé cette coexistence d'une hernie congénitale avec un kyste du canal de Nück, coexistence dont il n'existe que très peu de faits publiés, puisque, dans un travail approfondi sur les kystes du canal de Nück (hydrocèles du ligament rond), Weckselmann [2] n'a pu en recueillir que trois exemples.

C'est un cas de ce genre que je viens de vous communiquer; l'adhérence de la cavité kystique et du sac herniaire, la minceur de la cloison qui les séparait, leur union intime avec le ligament rond le prouvent jusqu'à l'évidence. Mais ce qu'il présente de tout

[1] *Traité de chirurgie*, 1892, t. VI, p. 737.

[2] Ueber Hydrocele muliebris (*Archiv f. klin. Chirurgie*, 1890, t. XL, p. 578).

particulier, ce sont les dimensions de la cavité du kyste, le fait que celui-ci ne renfermait pas de liquide, et la manière dont il s'étalait tout autour de la hernie saillante et comme pédiculée dans son intérieur, de manière à l'envelopper, à l'enkyster en quelque sorte.

Qui ne serait frappé de l'analogie de cette disposition avec celle qui constitue chez l'homme la *hernie enkystée de la tunique vaginale*, hernie que j'ai beaucoup plus fréquemment rencontrée que la rareté des faits publiés par les auteurs n'auraient pu me le faire présumer et dont j'observais presqu'en même temps un nouvel exemple. Voici la description sommaire de ce fait que je puis joindre à ceux que j'ai communiqués à M. Duret en 1883 pour sa thèse de concours pour l'agrégation.

Hernie enkystée de la tunique vaginale résultant d'un cloisonnement, en apparence vertical, du conduit péritonéo-vaginal.

Emile Delviseau, âgé de 17 ans, entre le 29 mars 1892 à l'hôpital pour une hernie volumineuse, dont il fait remonter l'origine à la première enfance, manifestement congénitale, pour laquelle l'opération est pratiquée le 6 avril 1892.

En incisant au niveau de l'anneau inguinal externe, après avoir divisé l'aponévrose du grand oblique sur toute la longueur du trajet inguinal, on rencontre et on ouvre une cavité séreuse que l'on croit tout d'abord être le sac herniaire ; mais il est facile de s'assurer que ce n'est que la cavité vaginale qui ne renferme pas de liquide, mais qui se continue jusqu'au fond du scrotum. En haut, elle se termine au cul-de-sac à la partie inférieure du trajet inguinal. En arrière de cette cavité vaginale qui ne renferme pas de liquide, on voit bomber un sac herniaire véritable que l'on ouvre aisément. Une cloison simple, non dédoublable, sépare sa cavité de celle de la vaginale : cette cloison est oblique de haut en bas et d'avant en arrière ; elle bombe fortement du côté de la vaginale. Le sac herniaire d'ailleurs présente tous les caractères des sacs congénitaux : diffusion des éléments du cordon autour du sac, adhérence intime au canal déférent, brides valvulaires du col. Son union à la vaginale, au niveau de la cloison qui les sépare, est tout à fait intime.

La hernie est constituée manifestement par la partie supérieure du conduit péritonéo-vaginal, oblitéré au niveau du trajet inguinal de telle sorte que la cavité de la tunique vaginale remonte au-dessus de l'anneau externe. La partie supérieure du conduit péritonéo-vaginal non oblitéré, cédant à la pression des viscères, est descendue dans les bourses en s'engageant en arrière de la cavité vaginale qu'elle a refoulé en avant et dont elle s'est coiffée en quelque sorte et en affectant la disposition que M. Auguste Broca a considérée et décrite à tort comme un cloisonnement vertical de la vaginale.

Le reste de l'opération fut facile : ce sac fut sectionné au niveau de

l'anneau externe; sa partie supérieure, extirpée le plus haut possible, fut fixée à la paroi par le procédé de Barker; la paroi abdominale fut reconstituée par le procédé de Bassini tel que je l'ai modifié. Puis la partie périphérique du sac fut enlevée et la vaginale fermée par une suture en bourse. La réunion se fit par première intention (sans drainage) et la guérison eut lieu dans le temps ordinaire.

En résumé, chez la femme comme chez l'homme, la production de la hernie enkystée résulte le plus souvent de ce que l'oblitération du processus péritonéo-vaginal ou du canal de Nuck se fait en un point assez élevé et très limité ; la partie inférieure de la cavité séreuse forme une cavité vaginale anormalement étendue vers le haut des bourses, chez l'homme; chez la femme, un kyste plus ou moins gros, plus ou moins distendu par du liquide et siégeant au niveau du trajet inguinal, de l'anneau externe ou de la grande lèvre. Les organes qui s'introduisent dans la partie supérieure du processus vaginal ou du canal de Nuck les transformant ainsi en un sac herniaire, refoulent, distendent la cloison qui sépare ce sac de la cavité kystique où la hernie vient un jour proéminer soit en déprimant sa partie supérieure, soit en soulevant sa paroi postérieure; et la hernie enkystée est produite.

La condition essentielle, chez la femme, pour que la disposition en question puisse se rencontrer, c'est que la cavité kystique située au-dessous de la hernie soit assez vaste : quand elle est de trop petites dimensions, elle reste à l'état de petit kyste du canal de Nuck, suspendu au sommet de la hernie. Mes observations montrent également qu'il n'est point nécessaire, pour que la hernie enkystée se produise, que la cavité kystique où elle vient proéminer, tunique vaginale ou kyste du canal de Nuck, soit préalablement le siège d'une hydrocèle.

Quoi qu'il en soit, la disposition que je viens de signaler, intéressante au point de vue anatomique, ne présente aucun caractère qui puisse la faire reconnaître avant l'opération; elle ne modifie en rien les conditions où se fait l'opération chez les femmes atteintes de hernie inguinale. Elle pourrait cependant causer quelque perturbation et embarrasser les opérateurs novices, s'ils n'étaient prévenus de son existence; mais elle sera très aisément reconnue par tous les chirurgiens qui apportent le soin et l'attention nécessaires à la bonne exécution de l'opération de la cure radicale des hernies.

Discussion.

M. Reclus. J'ai observé une femme portant une volumineuse tumeur de la grande lèvre gauche grosse comme une tête d'adulte.

Jamais elle n'avait remarqué qu'elle fût le siège d'une impulsion quelconque par la toux ou par les efforts; je croyais qu'il s'agissait d'une hydrocèle. J'incisai et, après la sortie d'une grande quantité de liquide, je constatai à ma grande surprise la présence d'une masse épiploïque; il n'y avait aucune réduction possible et il semble bien qu'il n'y en avait jamais eu.

M. Routier. J'ai vu une femme assez âgée portant une tumeur de la grande lèvre gauche du volume du poing environ avec des accidents d'étranglement. Je fis la kélotomie et je trouvai dans la tumeur un liquide sanguinolent et une masse d'épiploon fortement serrée au niveau d'un collet. Je débridai cet étranglement et je retrouvai plus haut un second sac dans lequel était de l'intestin.

Dans un deuxième cas, chez une Anglaise ayant une grosse tumeur de la grande lèvre, j'avais diagnostiqué un kyste de la grande lèvre au-dessus duquel existait une pointe de hernie inguinale. J'opérai ce kyste par l'ouverture et l'énucléation, mais il me fut refusé de faire la cure radicale de la hernie ; or, au cours de cette énucléation, la poche, très facile à séparer des parties environnantes au niveau de la grande lèvre, était très adhérente par en haut, du côté de l'anneau inguinal, il y avait certainement en ce point des adhérences avec le sac herniaire, mais pas de communication.

M. Tuffier. Voici un fait qui se rapproche de celui que vient de nous communiquer M. Berger, c'est-à-dire d'un kyste de la région inguinale avec sac herniaire adjacent.

Il s'agit d'une jeune femme de 33 ans, bien constituée et qui se plaint des douleurs que détermine une tumeur du pli de l'aine.

Elle fait remonter le début de la tuméfaction à une dizaine d'années, mais ses douleurs ne datent que de cinq mois. Ce sont des pesanteurs et des tiraillements accentués par la marche, et rendant difficile l'extension complète de la cuisse. Je trouve dans le pli de l'aine, au-dessus de la ligne iléo-pubienne, une tumeur du volume d'une grosse noix, lisse, rénitente, mobile sur les parties profondes et sous la peau mais ayant des connexions fixes avec le canal inguinal élargi et dans lequel elle envoie un prolongement. Elle est et elle a toujours été irréductible, et les efforts de toux ne lui communiquent aucune impulsion.

Ablation le 1er octobre. — La tumeur est facilement isolée des parties voisines, son prolongement inguinal est poursuivi jusqu'à sa jonction avec la cavité abdominale, je le coupe à ce niveau et je rapproche les piliers inguinaux avec une suture à la soie. Réunion perprimam. Guérison.

La dissection de la pièce nous montre un kyste séreux uniloculaire

à paroi parfaitement lisse et transparente à sa partie supérieure, un cordon blanc et fibreux long de 2 centimètres le relie à un cul-de-sac du péritoine qui a été sectionné.

M. Berger. Il résulte de mes recherches et de cette discussion que ces cas paraissent assez fréquents. Ils se distinguent des kystes du canal de Nuck : ceux-ci ne deviennent jamais très gros et ne dépassent pas en général le volume d'une amande.

Rapport.

Kyste hydatique de la rate ; laparotomie ; guérison,
par M. le Dr Mordret fils (du Mans).

Rapport par M. Bouilly.

M. Mordret fils, du Mans, ancien interne des hôpitaux de Paris, nous a envoyé au mois de juin dernier une observation intitulée: *Kyste hydatique de la rate, laparotomie, guérison.* Cette observation peut se résumer de la façon suivante: Il s'agit d'une vieille demoiselle de 50 ans, atteinte depuis huit ans de troubles dyspeptiques et présentant depuis la même époque environ une tuméfaction située au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, à développement lent et longtemps inconnu. Quinze mois avant l'époque où cette malade se présenta à l'examen de notre confrère, une seconde tumeur apparait au-dessous de la première et se développe avec beaucoup plus de rapidité. La malade consulte M. Mordret, en août 1890. Celui-ci constate une grosse tuméfaction remplissant tout l'hypochondre gauche, commençant au milieu du rebord des côtes, et descendant à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, débordant la ligne médiane à sa partie supérieure, envahissant en haut la région splénique. Cette tuméfaction ayant la forme d'une gourde à grosse extrémité supérieure jouit d'une faible mobilité; la partie inférieure se meut légèrement sur la supérieure, mais fait corps avec elle; la main peut s'enfoncer sous la tumeur du côté de la ligne blanche. Cette tumeur semble assez superficielle et s'immobilise par la contraction des muscles de l'abdomen ; elle ne présente qu'une fluctuation très douteuse, peut-être un peu moins incertaine à la partie inférieure. Elle n'a aucun rapport avec les organes génitaux.

On passe successivement en revue los diagnostics possibles de tumeur du rein, de kyste du lobe gauche du foie, de kyste mésentérique, de fibrome de la paroi abdominale ; on élimine le kyste

de la rate à cause de sa rareté, et aucun diagnostic précis ne peut être formulé.

L'augmentation des troubles dyspeptiques, l'affaiblissement de la malade imposent une intervention qui est pratiquée le 8 octobre 1890.

Une incision verticale est pratiquée directement sur la tumeur inférieure, commençant à 4 centimètres au-dessus de l'arcade crurale et conduite jusqu'au péritoine exclusivement ; la fluctuation est alors plus nettement perçue et une ponction ramène 350 grammes d'un liquide hydatique caractéristique. L'incision est alors agrandie jusqu'au rebord des fausses côtes et le péritoine ouvert ; une deuxième ponction retire de la poche supérieure 1,200 grammes de liquide tout à fait semblable au premier. On peut reconnaître alors que la tumeur affaissée n'a aucune adhérence avec le péritoine pariétal, qu'elle fait corps avec la rate et qu'à sa partie profonde elle adhère solidement à plusieurs anses intestinales. Les deux poches sont incisées dans toute leur hauteur et contiennent chacune une vésicule hydatique ; elles font corps ensemble mais sont séparées complétement par un diaphragme transversal qui est incisé et coupé en partie. Les parois de la poche unique ainsi constituées sont amenées à l'extérieur et suturées en collerette au péritoine pariétal et à la plaie cutanée. Au cours des manœuvres on reconnaît sur la paroi externe de la poche inférieure deux petites masses de tissu rougeâtre ressemblant au tissu splénique ; la plus petite, de la grosseur d'un pois fut déchirée et ne fut pas examinée ; l'autre, du volume d'un petit œuf fut laissée.

Les suites opératoires furent extrêmement simples ; l'élimination des parois du kyste ne se fit que lentement et la cicatrisation ne fut complète qu'au bout de six mois. Dix-huit mois après l'opération, l'état local et général était excellent.

M. Mordret fait suivre son observation de quelques réflexions ayant trait au diagnostic de la tumeur et au traitement qu'elle comportait. Il fait remarquer la disposition exceptionnelle des deux kystes superposés et isolés par une cloison et conclut d'après la présence du tissu splénique à la surface de la tumeur que celle-ci était développée aux dépens du tissu même de l'organe et qu'il ne s'agissait pas d'un kyste de voisinage venu lui adhérer.

L'auteur nous dit qu'il se félicite de ne pas avoir eu recours à la ponction exploratrice, parce qu'il eût fallu nécessairement ponctionner les deux tumeurs et que cette ponction n'aurait probablement pas amené la guérison. « Dans le doute où nous étions, dit-il, la laparotomie nous semble devoir être regardée comme la méthode de choix. »

Tout en félicitant M. Mordret d'avoir guéri son malade, ici je m'éloigne de lui et, pour mon compte, je n'aurais certainement pas procédé avec la même hardiesse, réservant la laparotomie comme dernière ressource après l'emploi de moyens plus simples. Pourquoi rejeter d'emblée la ponction exploratrice ? Faite antiseptiquement avec une seringue de Pravaz ou avec une aiguille fine de l'aspirateur Dieulafoy, elle ne pouvait avoir d'inconvénient et cette ponction, en démontrant la présence d'un liquide hydatique vivant, clair, eau de roche, pouvait donner l'indication d'un traitement plus simple que la laparotomie. Ce kyste se serait, à mon avis, parfaitement prêté au traitement par l'injection de sublimé; il présentait les conditions favorables à la réussite de ce moyen, à savoir une vésicule hydatique-mère unique et un liquide clair, transparent, non modifié par un traitement antérieur. Sans doute la présence de deux cavités séparées par une cloison pouvait créer quelques difficultés ; mais n'aurait-on pu successivement vider par ces ponctions le liquide de chaque poche et faire successivement l'injection dans chaque cavité ? J'ai moi-même guéri par ce procédé un kyste hydatique de la rate contenant 600 grammes de liquide et j'ai traité avec le même succès des kystes du foie contenant 1,200 et 1,500 grammes d'eau, comme j'en ai rapporté des exemples au dernier Congrès de chirurgie. La ponction avait donc ici le double avantage d'assurer le diagnostic incertain et d'être le premier temps d'un traitement qui pouvait présenter les plus grandes chances de réussite sans compromettre l'avenir d'une laparotomie ultérieure en cas d'insuccès de l'injection parasiticide.

Je ne veux pas revenir ici sur les indications et la technique de ces injections que j'ai formulées devant notre dernier congrès, ni faire la statistique des très nombreux succès qui leur sont dus. Pour mon compte, je considère cette méthode comme excellente et je crois bon de l'employer d'abord dans les conditions que j'ai indiquées.

Nous avons pris en France l'habitude de donner à cette méthode le nom de Bacelli; c'est une injustice de langage qu'il me paraît utile de réparer pour rapporter l'honneur de la découverte à son véritable auteur. Cette revendication a déjà été faite et beaucoup d'entre nous savent que la première idée et la première exécution de la méthode appartiennent à un Français, le Dr L. Mesnard, aujourd'hui professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux et médecin des hôpitaux de cette ville. Bacelli a décrit son procédé dans la *Riforma medica* du 11 juin et du 30 août 1887 et au Congrès de la Société italienne de médecine, à Rome, le 23 octobre 1888; il avait été, du reste, précédé dans la même voie par

Sennet (*Lancet*, 18 juin 1887) et Rossoni (*Riforma medica*, 30 avril 1887). Mais, dès 1883, M. Mesnard avait eu l'idée d'employer la liqueur de van Swieten en injections et montra que « les grands lavages pratiqués avec cette solution dans le cas de suppuration du kyste, peuvent, malgré un état grave du sujet, amener une prompte guérison (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 20 juillet 1884). » Depuis cette époque, de nombreux exemples sont venus démontrer l'efficacité de cette méthode que M. Mesnard généralise à tous les cas de kystes hydatiques « sans distinction de siège, de période d'évolution (une ou plusieurs générations de vésicules), de complication possible (suppuration)... » (*Bull. et Mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 28 janvier 1890). Nous sommes moins larges dans les indications de ce traitement, mais nous pensons qu'il convenait au cas traité par M. Mordret, et peut-être eût-il abrégé le temps de la cure qui n'a pas demandé moins de six mois pour la cicatrisation définitive.

Nous proposons comme conclusions de ce rapport : 1° de déposer l'observation de M. Mordret dans nos archives ; 2° d'inscrire M. Mordret sur la liste des candidats à la place de correspondant national.

Discussion.

M. Terrier. Dans la discussion du diagnostic, a-t-il été parlé de kyste *séreux* ou de kyste *séro-sanguin* de la rate ? Les cas de ce genre sont très rares. J'ai fait une fois la résection de la paroi d'un kyste séro-sanguin de la rate survenu à la suite d'un traumatisme. Cette variété de kyste est extrêmement rare, mais il y a lieu d'y penser ; car, dans ce cas, toutes les injections ne peuvent donner de résultat et il faut s'adresser à l'intervention chirurgicale.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 2 novembre 1892.

Présidence de M. CHAUVEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. NICAISE, demandant un congé de trois mois pour cause de santé ;

3° Lettre de M. JALAGUIER, demandant un congé pendant la durée du cours dont il est chargé à la Faculté de médecine ;

4° Cinq mémoires adressés pour le prix Laborie :

a. Cinq ans de chirurgie dans une petite ville du département de l'Hérault (quæ scripsi, vidi ; licet omnibus) ; *b. De l'intervention chirurgicale dans les contusions graves de l'abdomen* (colligere sparsa) ; *c. Sur les transformations et dégénérescences des nœvi* (alea jacta est) ; *d. De la cure radicale des hernies musculaires* (de minimis curatur) ; *e. L'hépatotomie et l'obturation péritonéale* (medio tutissimus ibis) ; *f. Des jambes en ciseaux consécutives à diverses affections de la hanche, en particulier à la coxalgie* (ars tota in observationibus).

Suite de la discussion sur le traitement des kystes de la rate.

M. TERRIER. Messieurs, j'ai l'honneur de vous communiquer un résumé de l'observation de kyste séro-sanguin, dont je vous ai parlé dans la dernière séance.

Kyste séro-sanguin de la rate.

Mme G..., 33 ans, fréquemment malade dans son enfance, réglée à 16 ans et demi, mariée à 21 ans, assez anémiée, eut successivement

trois enfants. Il paraît y avoir eu des accidents de phlegmatia après la première couche; puis survinrent des accidents nerveux qui durèrent six mois environ. Mêmes crises nerveuses, environ six mois après la deuxième couche, mais elles durèrent peu de temps. Le dernier enfant naquit à huit mois et, après cette nouvelle couche, apparurent encore des accidents nerveux assez graves et persistants. La malade était toujours anémiée, et même on eut quelques craintes du côté des voies respiratoires, aussi fut-elle envoyée à Cannes.

A la fin d'avril 1891, Mme G... fut prise d'oreillons. A cette date elle ressentait quelques douleurs de ventre et celui-ci semblait grossir; ces douleurs étaient localisées à gauche. En juin de la même année, attaque de diphtérie d'ailleurs légère. Le ventre continue à grossir et les douleurs s'accentuent toujours à gauche. A la fin de juillet mon collègue, le Dr Ollivier, constata l'existence d'une tumeur dans le flanc gauche; tumeur qui paraît augmenter en août.

Je vois la malade à la fin d'octobre 1891, elle me fut adressée par mes amis et collègues MM. Ollivier et Debove.

Au niveau de l'ombilic, remontant au-dessus et au-dessous de cette cicatrice, existe une tumeur du volume du poing, dépassant la ligne médiane à droite de 4 centimètres et se prolongeant à gauche de 10 centimètres environ.

Cette tumeur est mobile de droite à gauche et de bas en haut. En haut et à gauche existe un large et solide pédicule qui remonte sous l'hypocondre. La tumeur est mate et résistante. Toute cette exploration est douloureuse, surtout au niveau du pédicule.

Je diagnostiquai un kyste peut-être hydatique, de l'épiploon ou de la rate; et je rejetai l'idée d'un déplacement du rein émise par mes collègues des hôpitaux.

Un point à noter, c'est que la malade disait souffrir de ce côté gauche, depuis le jour déjà ancien où, prenant une douche, un jet d'eau maladroitement lancé vint la frapper juste au point où s'est développé la tumeur actuelle. Pour Mme G..., il y a une relation absolue entre cette contusion et la lésion actuelle.

L'opération fut faite, avec l'aide de mon ami et collègue, le Dr Quénu, le 16 novembre 1891.

Incision médiane sus et sous-ombilicale; le péritoine ouvert, on repousse à droite, l'épiploon, l'estomac et les anses grêles de l'intestin. On arrive alors sur une tumeur arrondie, adhérente de tous côtés à l'épiploon gastro-splénique; ces adhérences furent assez facilement détruites. La tumeur, de couleur rouge brun, fut ponctionnée et on en retire du sang avec des caillots; du reste, la poche kystique se déchire et le liquide s'écoule par cette déchirure. C'est un liquide noirâtre qui devient rutilant à l'air. La tumeur demi-vidée, le trocart s'étant obstrué par des caillots, la néoformation fut attirée au dehors et l'on vit qu'il s'agissait bien d'un kyste de la rate. Ce kyste semble formé par un décollement de la capsule et occupe la face concave de la rate, un peu hypertrophiée.

Excision, avec les ciseaux, de toute la paroi kystique et au ras de

son insertion sur la rate; puis cautérisation de la section et de la surface splénique incluse dans le kyste, avec le thermo-cautère.

La rate replacée dans l'hypochondre et le péritoine bien essuyé, on fit la suture de la paroi à trois étages. L'opération avait duré 56 minutes.

Les suites immédiates furent excellentes, sauf des douleurs vives le premier jour. Mais le quatrième jour la température monta par suite de l'apparition d'un abcès au niveau de deux points de suture, abcès qui fut suivi d'une induration profonde et d'accidents généraux de vomissements rebelles évidemment réflexes.

Cette induration disparut à la longue sous l'influence des révulsifs (vésicatoires volants répétés).

Le 20 décembre la malade se lève et elle retourne chez elle le 30 décembre.

La convalescence est presque terminée à la fin de janvier 1892 et Mme G... se portait fort bien en février et mars 1892; en avril, après un long voyage et un deuil de famille, Mme G... offre quelques accidents thoraciques.

En mai, un de ses enfants se jetant sur elle lui contusionne la région splénique, qui depuis lors est douloureuse.

J'ai revu Mme G... hier et ai constaté la persistance d'une hypertrophie légère de la rate, avec un peu de douleur à la pression; du reste il n'y a plus de tumeur et l'état général est assez bon, quoique la malade soit toujours fort nerveuse.

L'examen du kyste a été fait avec soin :

Le liquide est constitué par du sang coagulé (fibrine) et du sérum, contenant des globules rouges et blancs, ceux-ci en proportion normale.

La paroi en forme de tissu conjonctif à fibres intriquées présentant des dépôts calcaires par places; sa face intérieure était tomenteuse et recouverte de fibrine.

Cette singulière observation, dont je ne vous donne ici qu'un résumé, m'a conduit à faire quelques recherches sur les kystes séreux ou séro-sanguins de la rate.

G. Andral[1], en 1829, dit quelques mots des lacunes séreuses de la rate, mais sans plus y insister d'ailleurs.

Livois[2], en 1838, présente à la Société anatomique un gros kyste séro-sanguin de la rate; Leudet[3], en 1853, présente à la même Société un kyste séreux multiloculaire de la rate.

En 1867, Péan[4] fit une splénotomie pour un kyste dit splénique,

[1] *Anatomie pathologique*, 1829, t. II, p. 431.

[2] *Bull. de la Soc. anat.*, 23e année, p. 289. Paris, 1838.

[3] *Ibid.*, 28e année, p. 120. Paris, 1853.

[4] *Union médicale*, 1867, p. 340 et suiv. — Présenté à l'Académie de médecine, le 19 novembre 1867; à l'Académie des sciences, le 9 décembre 1857. — Thèse de Léon Magdelain (Paris, 1868, n° 132); et enfin *Ovariotomie et splenotomie*, 2e édit., p. 127. Paris, 1869.

contenant un liquide analogue à celui des kystes de l'ovaire, renfermant de la cholestérine.

Signalons encore les observations de Marcano [1], en 1874; de Crédé [2], en 1882; de H. Thornton [3], en 1884; de Spencer Wells [4], en 1889.

Dans un cas, mon ami le Dr Villeneuve (de Marseille) [5] avait opéré un kyste hématique de la rate, alors qu'il s'agissait, comme il le reconnut, d'un kyste du mésocolon, dû probablement à une néoformation, car il y eut récidive. (Communication écrite.)

En fait, ces kystes sont rares, et d'une pathogénie obscure: leur diagnostic n'est pas facile et le fait de Villeneuve justifie mon hésitation primitive entre un kyste de la rate et un kyste de l'épiploon.

Le rôle de la contusion de l'organe, invoquée par quelques auteurs, nous paraît acceptable, au moins dans notre cas. Faut-il ajouter une prédisposition due, dans l'espèce, à la succession de deux affections infectieuses : les oreillons et la diphthérie. Cette idée, soumise à mes collègues et amis Ollivier et Debove, ne parut pas les séduire.

Comme vous le voyez, vu le petit nombre de documents que j'ai pu réunir, l'histoire de ces kystes reste encore à faire, et je ne puis que l'ébaucher ici, me réservant d'y revenir plus longuement ailleurs.

Toujours est-il, c'est que, dans ces cas, la ponction suivie d'injections au sublimé, comme on l'a conseillé et comme le conseillait notre collègue M. Bouilly, pour un kyste hydatique, ne peut être utilisé avec succès. Il faut pratiquer une operation plus radicale, soit l'extirpation de la rate, comme l'ont fait Péan et Credé, soit, mieux si possible, la résection de la paroi kystique, tout en conservant la rate. C'est à ce dernier moyen que j'ai eu recours, je crois, pour la première fois, étant données mes recherches, peut-être encore trop limitées.

A propos des injections de bichlorure de mercure, en solution au millième, dans l'intérieur des kystes hydatiques en général, injections vantées par notre collègue et ami M. Bouilly, et dont il a attribué la paternité au Dr L. Mesnard, de Bordeaux, vous me permettrez quelques réflexions.

[1] *Progrès médical*, 9 mai 1875, p. 262.
[2] *Archives de Langenbeck*, t. XXVIII, p. 2.
[3] *The Lancet*, 26 avril 1884, p. 759.
[4] *British med. Journal*, 1889, vol. II, p. 55.
[5] Communication à la 20e session de l'*Association pour l'avancement des sciences*, 1re partie, p. 311; 1891.

Tout d'abord, il faut établir une distinction radicale entre les kystes hydatiques suppurés et ceux qui ne le sont pas. Aux kystes hydatiques suppurés, il n'y a, quoi qu'on en ait dit, qu'un seul traitement logique, c'est l'ouverture large de la poche qui permette au pus et aux hydatides de s'élancer au dehors. Cette proposition est, je crois, acceptée par tous les chirurgiens, et je ne sache pas que personne ici ne la conteste.

Reste donc la question des kystes hydatiques non suppurés. Or, les procédés utilisés avec la solution de bichlorure ont été très nettement différents selon les auteurs :

1° Sur le conseil de M. Mesnard (de Bordeaux)[1], ce fut le Dr Sicaud qui, le premier, traita, probablement en 1884, un kyste hydatique non suppuré par les lavages au sublimé, suivis de lavages complémentaires à l'eau stérilisée.

En somme, le Dr Sicaud fit pour un kyste hydatique non suppuré ce que le Dr Mesnard avait fait — à tort selon moi — pour un kyste suppuré.

2° Guido Baccelli[2], en mars 1887, conseilla dans une leçon clinique de traiter ainsi les kystes hydatiques : faire une ponction capillaire avec une seringue et trocart stérilisés, retirer environ 30 centimètres cubes du kyste et y introduire 20 grammes de solution de bichlorure au millième.

Cette manière de faire diffère absolument de celle du Dr Sicaud, conseillé par le Dr L. Mesnard.

3° Enfin, le Dr Debove[3], en 1888, évacue 500 grammes de liquide kystique, lave la poche avec 500 grammes de liqueur de Van Swieten, en trois fois, et retire ensuite tout le liquide.

C'était une méthode en quelque sorte intermédiaire entre celle du Dr L. Mesnard et celle du Dr Guido Baccelli. Du reste, il la modifia, car il conseille aujourd'hui d'évacuer tout le liquide du kyste par la ponction aspiratrice d'injecter 100 grammes de liqueur de Van Swieten, puis de retirer le liquide après dix minutes de séjour.

Cette dernière méthode m'a donné un succès.

En résumé, on peut, en utilisant la solution de bichlorure de mercure au millième, employer :

1° Le procédé de M. Sicaud, indiqué par M. L. Mesnard;

[1] Extrait des *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 22 janvier 1890, p. 5.

[2] *Sude una rapida Guarigione den echinoccoco del fegato*, cité in thèse de Potherat. Paris 1889. — *Contrib. au diagn. et au trait. chirurg. des kystes hydat. du foie*.

[3] *Société médicale des hôpitaux*, 12 octobre 1888, p. 423 des comptes rendus.

2° Le procédé de G. Baccelli;

3° Le procédé de M. Debove.

Ces procédés sont *dissemblables*, quoique issus d'une même idée, qui n'est autre que la mortification de l'hydatide par la solution de bichlorure de mercure au millième.

Notez que je ne discute pas ici la valeur des procédés, qui, d'ailleurs, au moins pour ceux de Baccelli et de Debove, ont donné à quelques chirurgiens de bons résultats et des résultats comparables.

Notre confrère, M. L. Mesnard, a parfaitement utilisé le premier la solution de bichlorure, mais c'était pour un kyste suppuré, ce qui ne peut être mis en parallèle avec l'action du même liquide dans le cas de kyste non suppuré. Ici, la priorité revient certainement au Dr Sicaud ; et si nous acceptons que le bichlorure tue les hydatides, nous ne pouvons admettre sans restriction qu'il détruit par son pouvoir de diffusion le microbe de la suppuration [1].

M. Bouilly. Je reconnais comme M. Terrier qu'il y a une grande différence dans les diverses manières de traiter les kystes hydatiques par les injections de sublimé, telles que les pratiquent MM. Mesnard, Baccelli et Debove et telles que je les fais moi-même. Mais l'idée dominante de ce traitement est toujours la même, à savoir la destruction de l'hydatide par le sublimé et cette idée appartient à M. Mesnard, en faveur de qui je l'ai revendiquée. Mais, quelle que soit la façon de procéder, je ne crois pas ce traitement applicable aux kystes hydatiques suppurés, et à notre dernier congrès de chirurgie j'ai pris soin de formuler les conditions qui, à mon avis, assurent le succès de l'injection parasiticide, à savoir la présence d'une seule poche ne contenant pas des hydatides multiples et d'un liquide clair, limpide, vivant, non modifié par la suppuration ou par un traitement antérieur. Dans les conditions inverses, c'est l'ouverture large de la poche qu'il est nécessaire de pratiquer.

M. Marchand. Ces injections ne sont pas toujours suivies de guérison. J'ai vu un malade ponctionné et injecté au sublimé quatorze mois auparavant qui portait encore un kyste hydatique suppuré contenant quatre litres de liquide.

M. Pozzi. Chez une malade atteinte à la fois d'une tumeur fibreuse de l'utérus et d'une hydronéphrose suppurée, je fis dans la collection lombaire une ponction évacuatrice et une injection de sublimé. Je fus étonné de voir survenir la guérison de l'hy-

[1] Mesnard, *loc. cit.*, p. 7.

dronéphrose après ce simple traitement. Ce fait heureux me paraît tout à fait exceptionnel et il ne faut rien en conclure pour le traitement des suppurations par les injections de sublimé.

M. Terrier. Le traitement des kystes hydatiques par le sublimé peut donner des succès et des insuccès ; mais pour le traitement des kystes suppurés, c'est une méthode qui n'a rien de chirurgical.

M. Tuffier. J'ai eu l'occasion d'opérer un de ces kystes qui paraissent rares.

Kyste hydatique suppuré de la rate. Splénotomie. Guérison. Examen bactériologique.

Germ... (Louise), âgée de 23 ans, entre le 17 octobre 1891 dans le service de M. Fernet à l'hospice Beaujon. Elle est transférée au Pavillon Dolbeau n° 2, le 26 octobre.

C'est une femme grande, maigre, assez bien constituée ; elle se plaint de douleurs occupant l'hypocondre gauche. Depuis plusieurs années elle ressent après la marche ou dans des mouvements de flexion du thorax une pesanteur et un endolorissement de ce côté, mais les accidents ne sont devenus suffisamment intenses que depuis une attaque d'influenza qui date de six mois. Des accès fébriles irréguliers, un amaigrissement notable, la perte de l'appétit, et le gonflement très net de la région de l'hypocondre gauche l'obligent à entrer à l'hôpital. M. Fernet reconnaît une tumeur de la rate et veut bien nous confier la malade dans le service de M. Th. Auger.

Je constate une tuméfaction abdominale soulevant les dernières fausses côtes et faisant saillie dans tout le flanc qu'elle rend asymétrique. Elle est lisse, résistante, mate, sans aucun frémissement dans toute son étendue, sauf au niveau de son bord libre. Ce bord qui s'étend de la partie gauche de l'appendice xyphoïde jusqu'à la fosse iliaque est *tranchant.* Toute la tumeur est mobilisable sous la paroi abdominale, et sur les parties profondes ; en arrière, on sent qu'elle remplit la fosse lombaire, mais une *zone de sonorité* persiste à ce niveau entre la colonne vertébrale et la tumeur, en haut la matité remonte dans le thorax jusqu'à la cinquième côte. L'état général était bon, la température oscillant de 38° à 39°. Nous confirmons le diagnostic tumeur liquide de la rate. Une ponction au point saillant, faite avec une seringue de Pravaz retire quelques gouttes de liquide hydatique, une seconde ponction donne issue à des pus. Le diagnostic kyste hydatique suppuré de la rate s'imposait et, dans ces conditions, je ne discutai même pas la thérapeutique à suivre, je fis la splénotomie le 27 octobre avec le concours de M. Th. Auger, avec l'aide des internes du service et en présence de M. le Dr Fernet. Une incision de cinq travers du doigt suivant le bord externe du grand droit partant des fausses côtes et passant sur le point culminant de la tuméfaction me conduit sur la rate. En haut, les deux feuillets péritonéaux adhèrent, en bas ils sont libres. Je fixe le feuillet pariétal à la tumeur par une double rangée de sutures à la

soie, et j'incise au bistouri deux centimètres d'épaisseur de tissu rouge splénique sur une longueur de 7 centimètres. L'écoulement sanguin est peu abondant. Je donne issue au contenu du kyste formé d'hydatides vivantes, de débris de fausses membranes et d'une quantité notable de pus, le tout pouvant être évalué à trois litres. Le pus recueilli pendant l'opération fut examiné par MM. Widal et Chauffard au laboratoire de M. Chantemesse. Il contenait le coli-bacille à l'état de pureté. Les vésicules hydatiques encore vivantes contenaient un liquide clair et stérile. Suture de la poche à la peau, lavage au sublimé chaud à 1/3000, tamponnement iodoformé, drainage à partir du troisième jour, la température pendant les trois premiers jours monte encore le soir à 38°, mais à partir du 2 novembre elle ne dépasse pas 37°,3. Les suites opératoires sont nulles et la malade sort de l'hopital le 6 décembre. Je recevais quelque temps après, de M. le Dr Desleau de Champignelles, des renseignements parfaits sur son état. Mais en février 1892, elle revint à l'hôpital, se plaignant de douleurs du côté du foie. La glande était augmentée régulièrement de volume, deux ponctions exploratrices restèrent sans résultat, une laparotomie fit découvrir un foie gras, irrégulier, bosselé, cicatriciel, mais aucun kyste hydatique. Elle eut, peu de temps après, un vomique d'hydatides et quitta l'hôpital pour rentrer dans son pays.

Je crois que la splénotomie était la seule méthode applicable à un kyste contenant et des hydatides et du pus la virulence même de son contenu nous prouve que l'évacuation large pouvait seule être efficace. C'est surtout au point de vue clinique et bactériologique que ce fait m'a paru intéressant. La forme de la tumeur, son bord libre, tranchant, la sonorité que nous trouvions en arrière entre la colonne vertébrale et le bord postérieur de la rate sont des signes dont il faut tenir le plus grand compte au point de vue du diagnostic anatomique. Dans deux cas de splénomégalie, je les ai retrouvés, et ils m'ont permis de faire un diagnostic exact. L'examen bactériologique n'avait pas encore été pratiqué dans ces kystes, et il est, je crois, intéressant d'y retrouver le coli-bacille dont la présence s'explique ici bien plus difficilement que dans les kystes du foie.

Communication.

Volumineux abcès stérile de la rate. Splénotomie. Guérison.

Par M. Monod.

Il me semble intéressant de rapprocher de l'observation de M. Mordret qui nous a été rapportée dans la dernière séance par

M. Bouilly un cas d'abcès de la rate récemment observé par moi, bien que la collection purulente, nettement enkystée comme dans le sien, ne paraisse pas, comme on le verra, d'origine hydatique.

Il s'agit d'une femme de 35 ans qui m'était adressée à l'hôpital Saint-Antoine pour être opérée d'un polapsus utérin. Je découvre chez elle en l'examinant l'existence d'une volumineuse tumeur siégeant dans l'hypocondre gauche, et dont elle ne se préoccupait pas autrement; c'est dire que sa santé n'en était guère troublée. Cette tumeur est fluctuante. Elle descend en avant sous la paroi abdominale à gauche de l'ombilic et s'arrête à son niveau; en arrière, elle est sentie dans la région lombaire et peut être prise entre les deux mains, l'une appliquée sur le ventre, l'autre sur la région du rein gauche; en haut elle remonte sous les fausses côtes et peut être suivie par la percussion jusqu'à la hauteur de la cinquième ou sixième côte gauche. Elle s'abaisse manifestement dans les mouvements inspiratoires. Elle ne s'accompagne, du reste, d'aucun trouble fonctionnel; aucune douleur, aucun trouble dans la qualité des urines, ni dans leur émission; aucun trouble digestif.

Le diagnostic restait incertain; nous avions observé peu auparavant dans le service un cas d'hydronéphrose qui n'avait donné lieu à aucune manifestation quelconque du côté des voies urinaires, et nécessairement les deux faits se rapprochaient l'un de l'autre dans notre esprit. L'hypothèse d'une tumeur de la rate paraissait cependant plus probable, mais nous restions, en tous cas, dans le doute sur sa nature.

Une ponction exploratrice fut décidée et pratiquée le 18 octobre dernier. A notre grand étonnement le liquide aspiré était du pus. Je crus sage de ne pas renvoyer à un autre jour une intervention plus active. Je décidai de faire séance tenante l'ouverture du ventre et de me comporter suivant les circonstances.

Je mets à nu, par une longue incision oblique en bas et en dedans, partant du rebord costal et s'arrêtant à la hauteur de l'ombilic, une tumeur à surface lisse, à parois manifestement épaisses, libre dans toute sa circonférence antérieure et sur les côtés, mais absolument immobilisée à son extrémité supérieure. De ce côté ma main s'enfonce entre la tumeur et le diaphragme, mais est arrêtée en haut et en dehors par une adhérence continue, lisse, qui donne l'impression d'un ligament suspenseur ou, si l'on veut, d'une connexion anatomique due à la réflexion du péritoine se portant de la tumeur à la paroi thoraco-abdominale.

Il était manifeste qu'il eût été dangereux, sinon impossible d'essayer de détruire ce moyen d'union, pour tenter l'énucléation de la masse.

Je me contentai donc, après avoir retiré par ponction et aspiration la plus grande partie du liquide contenu dans la poche, d'ouvrir largement celle-ci et de fixer les bords de l'ouverture ainsi pratiquée aux lèvres de la plaie abdominale.

Il s'écoula encore à l'ouverture large une grande quantité de pus

mêlé de grumeaux blanchâtres, ceux-ci s'étant opposés à l'aspiration complète du liquide.

La poche ouverte, je pus m'assurer, en y introduisant la main, qu'elle était uniloculaire, qu'elle remontait très haut sous le diaphragme et enfin qu'elle paraissait développée dans l'épaisseur même de la rate; le tissu de celle-ci était reconnaissable sur la tranche de la section.

La fixation des bords de la poche à la plaie fut obtenue à l'aide d'une suture à points séparés, à la soie. Au-dessus et en dessous le péritoine est fermé par des surjets de catgut.

La cavité est largement lavée à l'eau boriquée tiède et drainée à l'aide d'un gros tube en caoutchouc.

Pansement iodoformé et ouaté.

Il n'y a eu aucun incident à noter à la suite de cette opération pratiquée le 18 octobre dernier. Aucune réaction. La malade est aujourd'hui en bonne voie de guérison.

L'examen bactériologique du pus et microscopique des parois de la poche a été faite par M. Macaigne, chef du laboratoire de mon service. Il m'a remis la note suivante :

Pus phlegmoneux bien lié, mélangé de débris caséeux, provenant de la paroi de la poche.

Examen bactériologique.— L'examen du pus et de la partie caséeuse sur lamelles soumises aux diverses méthodes de coloration ne montre aucune forme microbienne, aucun bacille de Koch.

L'ensemencement du pus dans les milieux usuels, agar, gélatine, bouillon est resté absolument stérile.

Un cobaye qui a reçu dans le péritoine un centimètre cube de ce pus est encore bien portant au bout de quinze jours.

L'examen des coupes aux 200e et 400e de millimètre après inclusion dans la paraffine donne le même résultat au point de vue des microbes.

Examen microscopique.— Ces coupes ont été faites aux dépens d'un fragment de la poche comprenant une portion saine de rate de un demi-centimètre d'épaisseur. On y distingue tout d'abord la capsule charnue, puis le tissu de la rate dont l'aspect est normal. A l'union de la portion saine du tissu splénique et de la portion qui constitue la périphérie de l'abcès, il existe une multiplication des leucocytes qui cachent en partie les travées du tissu réticulé. Puis graduellement on voit le tissu splénique dégénérer ; on distingue encore les travées conjonctives et les cellules lymphatiques, mais la coloration se fait mal.

Cette zone vue à l'œil nu mesure environ un millimètre. Au delà ce n'est plus qu'un tissu granuleux au milieu duquel on ne reconnaît que quelques fragments figurés, fragmentés.

En aucun point de ces différentes zones on ne trouva de nodule embryonnaire, ni de cellule géante pouvant faire croire à l'existence de tuberculose.

L'absence de crochets, l'absence de membrane propre, exclut l'hypothèse d'un kyste hydratique suppuré.

Il résulte de cette note :

1° Que l'abcès s'est bien développé dans l'épaisseur de la rate;

2° Qu'il ne s'agissait là ni d'un kyste hydatique suppuré, ni d'un abcès d'origine tuberculeuse;

3° Force nous est donc de conclure que nous avons eu affaire à un abcès dit *idiopathique* de la rate et, qui plus est, à un abcès contenant un pus stérile.

Les faits de ce genre sont très rares. Des recherches sommaires, il est vrai, ne m'ont pas permis d'en découvrir de semblables, et je serais heureux si mes collègues pouvaient me donner quelques indications à cet égard.

Seul Portal [1], cité par Peltier [2], dit qu'il est fréquent de trouver de ces collections purulentes qui détruisent plus ou moins complètement le tissu de la rate et quelquefois de telle manière qu'il ne reste de ce viscère que sa tunique propre, qui forme alors un kyste rempli de pus. Il ajoute que ces foyers ont même souvent donné lieu à une mort prompte par leur rupture dans la cavité abdominale... et cela parfois chez des sujets chez lesquels on n'avait pas même soupçonné l'existence d'un pareil dépôt.

Par ce dernier trait, ainsi que par le volume des collections observées par Portal, les faits qu'il cite se rapprochent du nôtre.

Discussion.

M. MARCHAND. Dans une statistique publiée par Adelmann en 1887 [3] il est question d'une ablation de la rate pour suppuration splénique. Je signale ce fait à M. Monod.

Suite de la discussion sur les hernies inguinales chez la femme.

M. TERRILLON. La communication de M. Berger à propos des hernies enkystées de la grande lèvre chez la femme est très instructive car elle appelle l'attention sur des faits qui entraînent fréquemment des erreurs de diagnostic préjudiciables aux malades.

Dans l'infirmerie de l'hospice de la Salpétrière, où les hernies

[1] PORTAL, *Cours d'anatomie médicale, etc.*, t. V. p. 335. Paris, 1804.

[2] PELTIER, *Pathologie de la rate* (Thèse de Paris, 1872, édit. in-8°, p. 37).

[3] ADELMANN, Die Wandlungen der Splenectomie seit 30 Jahren (*Arch. f. klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 442-453). — Il s'agit d'un homme opéré par Ferrerius (de Carignan) en 1711 (FANTONI, *Opuscula medica et physiologica*. Genevæ, 1738).

étranglées ne sont pas rares, j'ai observé deux malades qui présentaient cette variété de hernies avec des particularités qui méritent d'être relatées.

La première était une femme de 72 ans, grande et maigre, qui, depuis plusieurs années, s'était aperçue de la présence, à la base de la grande lèvre droite d'une petite grosseur. Celle-ci n'était pas douloureuse; elle était placée sous la peau, appuyée contre le pubis et se rapprochait un peu de l'anneau inguinal.

Six mois avant son entrée à l'infirmerie, la malade commença à souffrir daus la région inguinale; la douleur s'irradiait jusque dans la tumeur de la grande lèvre. Bientôt cette douleur alla en augmentant; elle remontait du côté de l'abdomen et provoquait quelquefois des accès assez sérieux pour amener des vomissements. Cette femme eut ainsi trois accès dans l'espace d'une année.

Enfin un accès plus violent commença le 2 novembre 1889, mais cette fois, au lieu de cesser, les accidents se prolongèrent jusqu'au 3 novembre, et c'est alors qu'elle fut admise à l'infirmerie.

Quand je la vis, le 4 novembre au matin, je trouvai une femme ayant tous les symptômes d'un étranglement intestinal; elle n'avait rendu aucun gaz depuis trente-six heures.

Au niveau de l'aine existait une tumeur bilobée formée de deux masses, l'une plus petite allongée se prolongeant nettement dans le canal inguinal, l'autre plus grosse, descendue dans la grande lèvre droite, celle-ci avait le volume d'un petit œuf, mais ces deux bosselures se confondaient.

En présence de ces accidents et de la tuméfaction inguinale, qui indiquait nettement une hernie étranglée, je pratiquai aussitôt l'opération.

Une incision assez longue me permit d'atteindre la tumeur la plus inférieure.

J'incisai la paroi et aussitôt l'ouverturo donna issue à une cuillerée à bouche environ de liquide citrin.

Les bords do cette cavité furent fixés avec des pinces et il me fut facile de l'explorer avec le doigt et de constater qu'elle ne communiquait pas avec la tuméfaction placée au-dessus d'elle du côté de l'aine. Je prolongeai l'incision en haut du côté du trajet inguinal, et trouvai bientôt une paroi correspondant à la tuméfaction existant à ce niveau. Elle fut ouverte, une petite quantité de liquide rosé s'écoula et aussitôt je vis qu'il s'agissait d'une sac herniaire contenant un morceau d'épiploon.

Celui-ci recouvrait une anse d'intestin grêle, entière, étranglée par l'anneau inguinal.

La paroi du canal fut incisée largement et, après débridement de l'anneau, l'intestin fut rentré.

J'avais au préalable vérifié que ses parois étaient saines.

Une ligature jetée sur le morceau d'épiploon sorti permit de rentrer son pédicule après résection.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 49.12.92. *Le gérant :* G. Masson.

Cette partie de l'opération étant terminée, je cherchai à me rendre compte des dispositions anatomiques de cette hernie et il me fut facile de constater que la hernie et son sac descendaient jusque dans la cavité située dans la grande lèvre, et que celle-ci la coiffait pour ainsi dire dans une partie de son étendue. C'était donc bien une hernie congénitale enkystée dans la cavité du canal de Nück qui était elle-même distendue par du liquide.

Après avoir vérifié ces rapports avec soin, je me disposai à pratiquer la cure radicale de cette hernie.

Le sac de la hernie, ainsi que le reste de paroi kystique furent séparés avec soin des parties voisines, jusqu'au niveau de l'anneau inguinal péritonéal.

Une ligature double fut placée sur le collet du sac, après l'avoir attiré au dehors autant que possible et la portion comprise au delà de la ligature fut extirpée.

Un double plan de sutures assura la fermeture de la paroi fibreuse et de la paroi cutanée de la plaie.

Cette malade guérit sans difficultés et elle vit encore, n'éprouvant aucune gène ni aucune souffrance. Un bandage muni d'une pelote assez large empêche la récidive.

Une deuxième observation date du 15 mai 1890.

Cette femme, âgée de 65 ans, obèse, avec des parois abdominales particulièrement grasses et retombant sur le haut des cuisses, s'était aperçue plusieurs mois avant son entrée à l'infirmerie d'une grosseur siégeant dans la grande lèvre du côté de l'aine. Elle éprouvait dans cette région et aussi dans la partie correspondante de l'abdomen des douleurs violentes, des tiraillements douloureux accompagnés de nausées.

Tous ces phénomènes s'étaient accentués depuis quinze jours, et malgré le repos au lit et les soins qu'on lui donnait dans sa division, elle ne pouvait être soulagée.

Je la reçus à l'infirmerie de la Salpêtrière.

En examinant la région inguinale, on constatait dans la partie supérieure de la grande lèvre une tumeur allongée dans le sens vertical et paraissant se diriger vers l'anneau inguinal.

Mais l'exploration de cet anneau était rendue impossible par la couche de graisse qui recouvrait la région, et empêchait de percevoir l'orifice.

Cependant la pression avec les doigts provoquait de la douleur à ce niveau et jusque dans la cavité abdominale voisine.

La tumeur de la grande lèvre était nettement fluctuante; son volume rappelait celui d'un gros œuf; aussi je pensai qu'il s'agissait d'un kyste de la grande lèvre ou du canal de Nück qui, seul occasionnait tous ces accidents. Je n'avais aucun signe pouvant m'indiquer qu'il existait au niveau de l'anneau inguinal une hernie.

Le 15 novembre, je pratiquai l'opération.

Après avoir avoir fait une incision verticale sur la tumeur et disséqué la graisse sous-cutanée abondante, je trouvai une paroi bien distincte qui fut dénudée dans l'étendue de quelques centimètres.

Cette poche fut ouverte assez largement dans sa partie inférieure. Il s'écoula environ 50 grammes de liquide citrin.

Les bords de l'incision furent saisis avec des pinces et avec le doigt j'explorai la cavité. Elle remontait assez haut du côté de l'aine.

Mais ce qui me sembla étrange, ce fut de sentir avec l'extrémité du doigt, vers la partie supérieure de cette poche une petite tumeur du volume d'une noisette proéminant dans la cavité ; elle était indépendante des parois de cette dernière, car je pouvais sentir le sillon qui les séparait. Cette petite masse était molle et lisse à sa surface.

Aussitôt je prolongeai l'incision des parties molles de plusieurs centimètres; ensuite la paroi de la poche déjà ouverte fut sectionnée dans la même étendue.

Cette nouvelle tumeur fut ainsi mise à découvert; il s'agissait d'un sac herniaire contenant un morceau d'épiploon de la grosseur du pouce. Ce sac était invaginé dans la poche principale et il se prolongeait en haut dans le canal inguinal.

Le sac fut ouvert; il ne contenait pas de liquide, mais l'épiploon était congestionné avec des veines très développées. Quand je voulus l'attirer au dehors, il y eut une certaine résistance; aussi, après avoir agrandi encore mon incision, dans la direction du canal inguinal, et sectionné la paroi antérieure, je dilatai avec mon doigt l'anneau profond.

L'épiploon fut alors attiré au dehors et réséqué entre deux ligatures.

Toute la cavité primitivement ouverte, ainsi que le sac de la hernie épiploïque furent disséqués avec soin et enlevés jusqu'au niveau du péritoine abdominal. Ce ne fut pas sans peine, car la couche adipeuse sous-cutanée rendait la dissection très pénible.

Une double ligature à la soie étreignit le pédicule que j'abandonnai au niveau de l'orifice inguinal interne.

Des sutures appropriées fermèrent la plaie, et je laissai un gros tube à drainage placé à la partie déclive.

La guérison fut rapide et parfaite, et depuis cette époque, cette malade qui porte un bandage préventif ne souffre plus.

Il est facile de voir que dans ce cas particulier, la hernie épiploïque congénitale était masquée par la poche kystique formée par le débris du canal de Nück dans lequel elle était invaginée.

Si, après l'ouverture du kyste, je n'avais pas exploré la partie supérieure et si je m'étais contenté de la drainer après avoir modifié sa surface avec l'eau phéniquée forte, cette hernie enkystée m'aurait échappé, et je n'aurais pas procuré à la malade le bénéfice de l'opération.

En effet, elle est débarrassée des douleurs qui avaient pour ori-

gine l'épiploon sorti et pincé dans l'anneau, la poche séreuse située dans la grande lèvre n'était certainement pas la cause de ces accidents.

Discussion.

M. Berger. Ces faits sont identiques avec le mien. Seulement, dans le cas de M. Terrillon, il y avait des accidents d'étranglement tandis que dans mon observation la hernie était libre.

Pour éviter l'erreur qui consiste à négliger un des éléments de la tumeur, je conseille de fendre, dans toute sa hauteur, le trajet inguinal ; ce n'est que dans ce trajet qu'on peut trouver la totalité des éléments de la hernie. Ce complément d'opération ne présente aucun inconvénient puisqu'on répare la paroi par une suture immédiate.

M. Terrillon. Dans ma deuxième observation, je ne pouvais soupçonner une hernie ; je n'ai vu celle-ci qu'après avoir ouvert le sac et j'aurais très facilement pu passer à côté.

Rapport.

Hypertrophie considérable de la rate, avec ascite et œdème des membres inférieurs. Laparotomie exploratrice. Guérison, par M. Raymond (de Limoges).

Rapport par M. Marchand.

M. Raymond, chirurgien de l'hôpital de Limoges, nous a communiqué un travail qui, bien que ne reposant que sur une seule observation, présente un haut intérêt.

La malade qui en fait l'objet fut guérie d'un état général grave, à déterminations morbides multiples et complexes, par une laparotomie restée exploratrice, mais qui avait été commencée dans un but bien plus sérieux.

Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans dont la maladie datait de deux ans, et dont le ventre depuis dix-huit mois était distendu par une grosse ascite. On ne trouvait dans ses antécédents pathologiques aucun fait important, si ce n'est des accès de fièvre intermittente qu'elle aurait eus à l'âge de 7 ou 8 ans ; l'auteur fait observer incidemment que dans le Limousin, à cette époque, la plupart des enfants présentaient des accidents relevant de l'intoxication palustre.

Quoi qu'il en soit, lors de son entrée à l'hôpital, la malade était très amaigrie, présentait un teint cachectique grisâtre. Le ventre était très

volumineux, les membres inférieurs œdématiés, ainsi que les parois abdominales.

L'abdomen était très mou, fortement distendu par de l'ascite; et du reste plusieurs fois la paracentèse avait été pratiquée. Elle donnait issue à 12 ou 15 litres de liquide. L'observation ne relate pas le nombre de ces ponctions.

C'est à la suite de l'une d'elles que la palpation permit de constater l'existence, dans l'hypocondre gauche, d'une tuméfaction volumineuse, aplatie, descendant au-dessous de l'ombilic, et paraissant mobile.

Bien que l'épaisseur des parois abdominales ne permît point de se rendre un compte exact de toutes les particularités relatives à cette tumeur, sa forme, sa situation dans l'hypocondre d'où elle procédait, ne permettaient guère de méconnaître qu'il ne s'agît, dans l'espèce, d'une rate très hypertrophique, ou tout au moins d'une affection néoplasique de cet organe.

Le foie paraissait de volume normal; les urines rares ne contenaient point d'albumine. L'appétit était absolument perdu ; il existait un état fébrile continu qui élevait la température jusqu'à des maxima de 38°, : Pouls 110. La respiration était presque constamment gênée, car les ponctions ne procuraient plus qu'un soulagement précaire durant quelques jours seulement.

C'est dans ces misérables conditions et devant l'imminence d'une terminaison fatale qui ne pouvait guère tarder, que notre confrère prit le parti d'intervenir par une laparotomie exploratrice d'abord, mais qui devait conduire à l'extirpation de la rate si elle était possible.

L'ouverture de l'abdomen exécutée, on put se convaincre aussitôt que la tumeur était constituée par la rate hypertrophiée; que cette dernière qui avait conservé sa forme et son aspect normal, n'était déformée par aucun néoplasme; mais d'un autre côté elle présentait de nombreuses et larges adhérences avec l'angle du colon transverse, le grand épiploon, le diaphragme. L'épiploon put être libéré, ainsi qu'une bonne partie du gros intestin, mais en présence de la ténacité et de l'étendue des adhérences diaphragmatiques, et dans la crainte que les déchirures qui devaient se produire ne déterminassent une hémorrhagie trop abondante, l'opérateur modifia son plan primitif et abandonna l'idée qu'il avait eue d'extirper en sa totalité la tumeur splénique. Il s'y décida avec d'autant plus de facilité qu'ayant reconnu qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie, il connaissait les très médiocres résultats fournis par la splénectomie dans ces cas.

Le péritoine fut très soigneusement et très largement lavé au moyen d'une dizaine de litres d'eau boriquée à 40/000. Fait à remarquer, et qui a été observé dans diverses splénopathies, pendant le lavage il se faisait sur le péritoine et dans l'épaisseur de la paroi abdominale, des suffusions sanguines, formant par places de véritables thrombus.

La friabilité des tissus, et du péritoine en particulier, ne permit point la réunion par la triple suture ; on dut revenir à la suture profonde ordinaire.

Dès le lendemain de cette intervention, un mieux très sensible se manifestait dans l'état de la malade : les urines redevenaient très abondantes ; il y eut une véritable polyurie qui dura plusieurs jours.

L'œdème des membres inférieurs disparut progressivement, et la malade, opérée le 15 avril, pouvait quitter l'hôpital le 8 mai sans que le liquide se fût reproduit, conservant néanmoins sa tumeur splénique qui semblait quelque peu diminuée de volume.

Revue le 19 juin, la guérison s'était non seulement maintenue mais accentuée. L'ascite ne s'était pas reproduite, la rate avait tellement diminué qu'elle avait complètement réintégré l'hypocondre gauche.

La paroi abdominale était résistante, manifestement épaissie, mais nullement œdémateuse. Cette consistance spéciale était vraisemblablement due, ainsi que le fait observer notre confrère, à la transformation des hémorrhagies interstitielles qui s'étaient formées sous ses yeux au cours même de l'opération.

Telle est l'intéressante observation que nous communique notre confrère de Limoges.

Son intervention a été suivie d'un beau succès opératoire et thérapeutique, qui se fût peut-être transformé en désastre, si, persistant dans son intention première, il eût quand même extirpé la rate.

L'ablation de la rate, affectée d'hypertrophie simple ou leucémique reste encore, à l'heure actuelle, une opération entourée d'immenses périls.

En 1887, Adelmann recueillait dix-neuf observations d'ablation de rates leucémiques avec un seul succès, et encore convient-il de noter que, dans ce cas heureux qui appartient à Frangolini, la rate ne pesait que 1,526 grammes ; que l'affection leucémique était à son début.

Sur 14 extirpations pour hypertrophie simple, il y eut 13 morts et 1 seule guérison, pour une rate un peu plus lourde et un peu plus volumineuse qu'un organe normal.

Cette statistique remonte à 1887, et depuis lors, quelques cas heureux ont été publiés, mais trop peu nombreux pour que la splénectomie se soit relevée de la sorte de discrédit dans lequel elle était tombée.

Je n'entends parler ici que des rates hypertrophiques simples, leucémiques ou paludéennes, car les destructions étendues, expérimentales, accidentelles ou pathologiques du tissu splénique sain, chez des individus en bonne santé, sont compatibles avec l'intégrité complète des fonctions physiologiques, avec toutes les apparences de la santé la plus parfaite. Ces faits ont été établis expérimentalement depuis de longues années.

Aussi les ablations partielles de rates procidentes au travers d'une

blessure de la paroi abdominale, l'extirpation *in toto* de rates atrophiées par des kystes simples ou hydatiques, désorganisées par des suppurations plus ou moins étendues, ont-elles fourni de beaux succès immédiats et définitifs. Il en est de même pour le cas où la rate devient le point de départ de végétations pathologiques malignes. Ici, du reste, comme pour les autres régions ou organes, la chirurgie n'a rien de mieux à offrir à l'heure actuelle.

En admettant même (ainsi que quelques observations de ces dernières années tendent à le faire espérer) que certains perfectionnements de la technique opératoire atténuent l'effrayante léthalité de la splénectomie entreprise dans les cas que j'ai cités, les doutes que l'on pourra concevoir sur son utilité thérapeutique réelle, retiendront longtemps encore bon nombre de chirurgiens; celà jusqu'à ce que la physiologie pathologique ait permis de fixer la part qui revient au parenchyme liénal dans les affections dyscrasiques au cours desquelles se montrent les altérations anatomiques susmentionnées, altérations que l'on avait supposées bien à tort comme leur cause génératrice unique.

Il faut bien l'avouer, à part le volume excessif de l'organe et les phénomènes d'ordre purement mécanique, qui en peuvent dériver, aucun des éléments morbides dont la combinaison, l'ensemble, constituent l'appareil symptômatique des splénomégalies vraies, aucun ne semble devoir être influencé d'une façon décisive par l'ablation totale du parenchyme liénal.

En présence donc d'un bon diagnostic établissant l'origine hypertrophique simple, leucémique, paludéenne, ou même secondaire d'une intumescence splérique, à moins de circonstances spéciales qu'il est difficile de prévoir, la plus grande retenue s'imposera, au point de vue d'une action chirurgicale, qui souvent fut d'une utilité très restreinte, mais a présenté et présente encore une léthalité considérable.

Si, dans une situation grave, il subsistait des doutes sur la nature d'une tumeur splénique, l'exemple de M. Raymond prouve que la laparotomie exploratrice est une ressource dont il resterait à discuter l'opportunité, et pourrait rendre des services sur lesquels il ne faudrait pas cependant trop compter.

On ne peut point toujours compléter *in vivo,* un diagnostic qui autorise à rebrousser chemin, ou au contraire, à marcher de l'avant.

Comment interpréter le résultat d'autant plus heureux qu'il était plus inespéré, obtenu par notre confrère ?

L'ouverture abdominale a montré deux faits importants. D'abord la tuméfaction splénique, de nature purement hypertrophique suivant toute vraisemblance, bien qu'à cet égard l'observation

présente une lacune regrettable ; je veux parler de l'examen du sang qui a été complètement négligé.

Il existait de plus de larges adhérences qui unissaient la rate altérée aux organes voisins. Ces adhérences, relativement récentes, puisqu'elles cédèrent avec facilité au niveau du colon, témoignent de l'existence d'un état inflammatoire du péritoine, coïncidant avec l'affection splénique, sans qu'il soit possible de dire si cette péritonite chronique était la cause ou le résultat des autres altérations organiques.

Quoi qu'il en soit, et sans hasarder aucune hypothèse qui soit en contradiction avec les faits admis presque généralement aujourd'hui, on doit admettre que la destruction des adhérences intestinales par le lavage boriqué très soigné qui a complété l'opération, a agi avantageusement sur l'état irritatif de la séreuse péritonéale, et que l'ascite qui en était la conséquence, a dû disparaître avec lui.

Quelle part revient à la lésion splénique elle-même dans l'ensemble des faits précédents, c'est ce qu'il n'est guère possible de déterminer à moins de recourir à des explications purement hypothétiques, je veux dire que nos connaissances actuelles sur la physiologie de cet organe peuvent encore justifier.

Discussion.

M. Terrier. Je suis étonné que M. Raymond ait entrepris une opération de ce genre sans avoir fait examiner le sang de sa malade. Le fait de l'hypertrophie de la rate entraîne, au cours de l'opération, des hémorrhagies formidables et tout à fait dangereuses. Dans ce cas, il n'y a guère lieu d'opérer; j'ai vu des hypertrophies spléniques très notablement améliorées par les douches, le sulfate de quinine, etc. Ma remarque a surtout trait à l'absence d'examen du sang, indispensable en pareil cas.

Présentation de malade.

Traitement de la scoliose par la méthode de Sayre.

M. Paul Renyier. Messieurs, je présente aujourd'hui à la Société une jeune fille atteinte de scoliose, guérie par le port prolongé d'un corset de Sayre.

Elle a aujourd'hui 16 ans et demi. Quand je l'ai vue pour la première fois, elle avait 14 ans et demi. Elle était réglée depuis

deux ans. Sa déviation datait d'un an. A ce moment cette déviation était relativement accusée. Dans la région dorsale et lombaire, la colonne vertébrale décrivait un S très prononcé à convexité lombaire gauche. L'épaule droite était remontée et saillante; le creux de la taille effacé à gauche était plus accentué à droite,

Dans l'espace de deux ans 1/2 je lui ai mis successivement six corsets plâtrés d'après la méthode de Sayre. Elle gardait chaque corset de 4 à 5 mois. Chaque corset a été mis à l'hôpital en présence de mes élèves, qui ont été témoins des résultats obtenus.

Aujourd'hui, après deux mois qu'elle a cessé d'être soutenue par un corset, et qu'elle se livre à un travail fatigant, puisqu'elle est en apprentissage chez un boulanger, on peut, par l'examen de la ligne des apophyses épineuses, s'assurer que la colonne vertébrale est complètement redressée.

On a eu rarement dans cette Société l'occasion de contrôler les résultats obtenus par la méthode de Sayre. C'est pourquoi j'ai cru intéressant de vous montrer cette malade, qui vient confirmer ce qu'avait avancé Sayre, et qui est un exemple encourageant, de ce qu'on peut obtenir par l'usage des corsets plâtrés.

L'observation est d'autant plus probante que le traitement n'a consisté, dans le cas actuel, que dans le port de ces corsets. La malade, d'une famille peu aisée, n'a pas eu un régime très fortifiant, et n'a pu faire de la gymnastique appropriée, complément de la méthode de Sayre.

Cette guérison, qui n'est pas la seule que j'ai pu obtenir par ce traitement, doit donc beaucoup nous encourager à traiter les scolioses de l'adolescence par cette méthode qui, dans d'autres pays, est encore mieux acceptée que chez nous.

Je sais bien que le port de ce corset est pénible; bien des malades, au bout de quelque temps, s'y refusent. Nous avons même à lutter contre les familles, qui sont disposées à trouver barbare cet emprisonnement de la taille. Les beaux résultats qu'on en obtient doivent cependant nous encourager à insister et, par notre autorité, faire accepter ce traitement dans les scolioses, surtout peu prononcées.

Discussion.

M. Routier. Il s'agit ici d'un cas très favorable. Il n'existe pas chez cette malade de torsion des apophyses épineuses; nous ne pouvons rien ou à peu près sur cette torsion et celle-ci persiste, même quand on a de bons résultats de redressement.

M. Reynier. Dans les cas auxquels fait allusion M. Routier, la colonne peut-elle se redresser par la suspension? Tout est là; si

la colonne ne se redresse pas au début, on n'aura pas les mêmes résultats. L'important est d'obtenir ce redressement à chaque nouvelle application du corset. Une des difficultés du traitement est de le faire accepter et tolérer; sa longueur, la nécessité d'applications répétées de l'appareil le font redouter et rejeter par beaucoup de familles.

M. Peyrot. Je ne suis pas convaincu, par la présentation de cette malade, de l'efficacité du traitement qu'elle a subi. Je voudrais avoir vu la scoliose avant. Car il y a des cas où il n'existe que de l'affaiblissement de la colonne vertébrale et de la laxité des ligaments, sans véritable scoliose. Cette petite fille est peu développée et ne se présente pas dans les conditions de croissance rapide et de taille élevée dans lesquelles on observe les scolioses bien caractérisées.

M. Reynier. J'ai soigné, en même temps que cette malade, une jeune fille du monde chez laquelle je n'ai pu obtenir de faire l'application du corset de Sayre; le résultat est loin d'être aussi bon que dans le cas actuel.

Présentation de pièce.

Lipome capsulaire du rein; laparotomie; guérison.

M. Monod présente une énorme tumeur qui a toutes les apparences d'un lipome capsulaire du rein. Cette tumeur, du poids de 6kg600 est constituée par une masse fibro-lipomateuse, grossièrement bosselée, qui au microscope a été trouvée constituée par de la graisse et du tissu conjonctif jeune. Sur une coupe le centre de cette masse est occupé par un tissu grisâtre en voie de dégénérescence graisseuse, dont la forme rappelle exactement celle du rein; elle est creusée d'un grand nombre de cavités irrégulières communiquant les unes avec les autres; en certains points, ce tissu, sur la tranche, a tout l'aspect du tissu rénal. Au microscope, cependant, on n'a pu encore obtenir à cet égard une certitude absolue; la dégénérescence graisseuse est telle que les éléments caractéristiques de parenchyme rénal n'ont encore pu être découverts.

Il est à remarquer, du reste, que nulle part, soit au cours de l'opération, soit sur la pièce, il n'a été trouvé trace soit de l'uretère, soit des vaisseaux rénaux.

Cette tumeur a été enlevée par voie transpéritonéale. Le malade est actuellement en voie de guérison.

M. Routier. J'ai enlevé, il y a quatre ans, une tumeur du rein 7 à 8 fois plus volumineuse que celle-ci. M. Toupet, qui examina la pièce, ne put que très difficilement trouver un peu de tissu rénal après de nombreuses coupes.

Scrutin.

Commission pour l'examen des mémoires présentés pour le prix Laborie.

Nombre de votants, 27

Sont nommés :

MM. Delens	26	voix.
Gérard-Marchant	25	—
Nélaton	25	—
Brun	25	—
Bazy	24	—

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 9 novembre 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Nélaton, demandant un congé pour la durée du cours de médecine opératoire dont il est chargé ;

3° Lettre de M. Chaput, demandant à être inscrit sur la liste

des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie ;

4° Lettre de M. Vincent (d'Alger), demandant à être inscrit au nombre des candidats au titre de membre correspondant national en envoyant, à l'appui de sa candidature, l'exposé de ses titres, une série de brochures et trois mémoires manuscrits : 1° *Documents à l'appui du traitement des kystes hydatiques du foie par la laparotomie ;* 2° *Réflexions sur le pronostic et le traitement des ruptures de la rate, à propos d'un cas de déchirure de cet organe ;* 3° *Kyste hydatique de la région rétro-vésicale. Rétention d'urine et obstruction intestinale. Laparotomie suivie de suture du kyste à la paroi abdominale.* (M. Schwartz, rapporteur) ;

5° Série de brochures imprimées adressées par M. Guermonprez (de Lille) à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national ;

6° Lettre des membres de la section de médecine et de chirurgie de l'Institut, constituée en comité de souscription à l'effet d'offrir à M. Pasteur, le 27 décembre prochain, jour où il atteindra l'âge de 70 ans, *un souvenir et un hommage*, demandant à la Société de chirurgie de bien vouloir prendre part à cette souscription ;

7° M. Le Dentu fait hommage à la Société d'un volume qu'il vient de publier intitulé : *Études de clinique chirurgicale,* année scolaire 1890-91, 1 volume in-8° avec 36 figures ; G. Masson, éditeur.

MM. Turgis (de Falaise) et Delagenière (du Mans), membres correspondants nationaux, assistent à la séance.

Communication.

Cancer du pylore généralisé, gastro-entérostomie postérieure,

Par le Dr H. Delagenière (du Mans),
membre correspondant de la Société de chirurgie.

Le nommé B... Louis-Philippe, âgé de 59 ans, apiculteur à Tloche (Sarthe), entre le 9 juillet 1892 à la maison de santé du Mans.

Rien à relever au point de vue de l'hérédité. Il fait remonter sa maladie à dix ans et l'attribue à un traumatisme dont il porte la trace au niveau du creux épigastrique, mais nous apprenons qu'il est dyspeptique depuis trente ans, que depuis *dix années* il souffre continuellement, vomit souvent une heure ou deux après ses repas.

Il y a dix mois, il a eu une hématémèse considérable suivie d'une selle contenant une grande quantité de sang. Depuis trois mois, les douleurs sont considérables, il ne peut digérer qu'un *peu de lait* dont il vomit la plus grande partie; enfin, depuis un mois environ il rend constamment dans ses vomissements quelques caillots de sang.

État avant l'opération. — État général mauvais. Teint cachectique, mais les téguments n'ont pas la coloration jaune paille. Le malade affirme qu'il a maigri beaucoup, depuis deux mois surtout.

Rien au cœur. Rien aux poumons.

Urines normales avec diminution de l'urée (13 grammes en 24 heures). — Les aliments arrivent facilement à l'estomac, y séjournent quelquefois plusieurs heures pendant lesquelles le malade ne cesse de souffrir. Puis surviennent les vomissements, contenant les aliments modifiés et des petits caillots de sang. Le lait coupé avec de l'eau de Vichy est rendu également. Rien ne passe. Les vomissements sont parfois bilieux. Localement la région pylorique est très douloureuse à la pression. On y perçoit de l'empâtement, mais nulle part on ne trouve une tumeur proprement dite. Pendant les trois jours que j'ai le malade en observation, je l'alimente avec des lavements nutritifs dans le but surtout d'employer ce genre d'alimentation après l'opération.

Opération le 12 juillet 1892. — Je fais avant l'opération un lavage soigné de l'estomac.

Le chloroforme est confié au Dr Bolognesi (du Mans), et je suis assisté par le Dr Baudouin (de Paris). Sont présents à l'opération, les docteurs Bruneau, Claudot, Schindler, Persy, Vincent, de Paoli, Godet.

Incision médiane partant de l'appendice xyphoïde et descendant d'emblée à deux centimètres au-dessous de l'ombilic que j'ai contourné à gauche

Ouverture facile de la séreuse qui adhère cependant à l'épiploon. L'exploration permet de reconnaître à travers les adhérences multiples, une masse qui occupe la région du pylore et a envahi une partie de l'estomac. La grande courbure se présente presque verticale et très diminuée de volume. L'épiploon est partout adhérent au péritoine pariétal. Je ne puis songer à le relever, et pratique à travers une ouverture, en le détachant du bord convexe de l'estomac. Je puis ensuite soulever l'organe et explorer la face postérieure. Je récline en bas le colon transverse, puis pratique à travers le méso-colon une ouverture à travers laquelle je me propose d'attirer l'anse du jéjunum.

La recherche de cette portion de l'intestin est rendue très difficile. Je prends pour point de repère l'aorte, puis l'artère mésentérique. Je reconnais la situation du pancréas, et saisis une anse d'intestin qui me paraît vide en cet endroit. J'attire cette anse par ma boutonnière et reconnais bientôt que ce n'est pas la première partie du jéjunum.

En dévidant l'intestin, il est facile de constater que cet organe présente des parties fort longues, de 30 et 40 centimètres, sur lesquelles le calibre est très rétréci.

Dans ces endroits l'intestin est rubané, plissé longitudinalement et ne contient ni gaz ni matières.

Je replace toutes les anses dans l'arrière cavité, puis je recherche le duodénum. Cette fois je ramène l'anse cherchée que je reconnais à l'adhérence de la troisième portion du duodénum.

Je choisis pour établir mon anastomose le point du jéjunum situé à 6 centimètres du duodénum. J'opère dans une cavité peu profonde, mais il m'est impossible d'extraire l'estomac hors du ventre.

Anastomose. — C'est le procédé des deux boutonnières auxquelles je me propose de donner une longueur de 4 centimètres. Je pratique sur l'estomac sur une longueur de 7 centimètres, une première rangée de points de suture musculo-séreux de M. Terrier (11 fils entrecroisés). Je repasse ces 11 fils dans les parties correspondantes de l'intestin. Tous mes fils ainsi placés, je les noue successivement de bas en haut et termine par un fil en bourse placé aux deux extrémités.

Mes deux cylindres sont ainsi accolés. A 5 millimètres de ce premier rang, je place un deuxième rang de sutures séreuses en surjet, en arrêtant tous les deux ou trois points de mon surjet et en plaçant aux deux extrémités 2 fils en bourse que je laisse en attente.

Je pratique à un centimètre de ces rangs de suture une ouverture de 4 centimètres de longueur à l'estomac et une ouverture semblable à l'intestin.

Je fais, en prenant la muqueuse des deux organes et en traversant la séreuse, un surjet à points très serrés en arrêtant tous les deux points. Je place mon fil au ras des sutures de défense. Je continue le surjet circulairement, commençant sur l'autre lèvre de la boutonnière mon premier rang de suture. Je ferme ainsi complètement cette boutonnière en ayant soin de bien renverser la muqueuse en dedans et par endroits en en excisant les parties exubérantes.

Je place par-dessus ce rang muqueux deux rangs séreux à suture de Lembert à surjet.

Je ferme aux deux extrémités 2 fils en bourse et j'en place deux autres.

Je pratique un nettoyage soigné de l'arrière-cavité des épiploons avec des tampons montés, puis je replace mes anses intestinales dans l'arrière-cavité, descendant l'estomac de façon que l'anastomose ira correspondre à la boutonnière du méso-colon. Plusieurs ligatures sont faites sur l'épiploon qui a été sectionné, puis la paroi est suturée par une suture à triple étage.

Pansement : gaze iodoformée et ouate de tourbe. Chloroforme, 90 grammes. Durée totale, deux heures.

Marche. — L'opération est suivie d'un choc opératoire assez inquiétant, qui nécessite quelques injections d'éther.

Vomissements bilieux qui sont attribués au chloroforme. Le soir, la température est de 37°,4.

13 juillet. T. 36°,6 et 37°,2, le malade est agité; il continue à vomir de la bile.

Glace; lavements alimentaires toutes les trois heures.

14 juillet. — T. 36°,6 et 36°,8. Agitation ; vomissements contenant des matières intestinales. Glace, lavage de l'estomac, lavages nutritifs.

15 juillet. — T. 36°,6 et 36°,8. Amélioration sensible. Vomissements bilieux, lavage de l'estomac, lavements nutritifs.

16 juillet. T. 36°,6 et 37°. Vomissements fréquents et bilieux. Affaiblissement considérable du malade qui ne peut rien garder dans l'estomac. Lavages de l'estomac, lavements nutritifs. Mort dans la soirée, cinquième jour après l'opération.

L'autopsie du malade ne peut être pratiquée, mais l'absence absolue de température, de ballonnement du ventre, etc., nous permet d'attribuer la mort à une autre cause que la péritonite. Nous serions tenté de la regarder comme la conséquence de l'état de cachexie auquel était arrivé le malade.

Après l'opération les vomissements ne cessèrent pas, la présence de la bile fut toujours constatée dans les matières vomies, et pendant quelques heures, celle de matières intestinales. Enfin, à aucun moment, le malade ne put conserver dans l'estomac la moindre parcelle d'aliments solides ou liquides.

Nous croyons pouvoir tirer de ces faits la conclusion que la fistule gastro-intestinale n'a pas fonctionné. Le passage des aliments dans l'intestin n'a eu lieu à aucun moment ; ce qui pourrait tenir aux mauvaises conditions de vitalité de l'intestin, à l'affaissement de ses parois, ou bien encore à la disposition de la bouche créée.

En nous plaçant à ce dernier point de vue, nous serions assez partisans d'établir entre les lèvres de la fistule, une sorte de virole en os décalcifié, ou même, plus simplement un morceau de tube en caoutchouc, comme nous l'avons vu pratiquer par notre maître M. Terrier dans un cas de cholécystentérostomie. Nous n'avons pas cru devoir pratiquer l'anastomose duodéno-jéjunale, proposée par M. Jaboulay, dans le but d'empêcher le passage de la bile dans l'estomac. Et, malgré cet accident survenu chez notre malade, nous croyons devoir encore ajourner notre jugement. En effet, si la bile a toujours été constatée dans les vomissements, nous ne savons pas si elle arrivait dans l'estomac par l'anastomose créée, ou par le rétrécissement pylorique. Nous ajouterons, qu'avant l'opération, le malade avait des vomissements verdâtres d'aspect bilieux. Malheureusement la recherche des matières colorantes de la bile dans ces vomissements préopératoires n'a pas été faite ; de sorte qu'il nous paraît impossible de rien affirmer à ce sujet.

En résumé, nous tirerons de cette observation les conclusions suivantes :

1° Nécessité absolue d'intervenir de bonne heure avant que le malade n'arrive à la période de cachexie ; c'est-à-dire aussitôt que le diagnostic de rétrécissement du pylore peut être établi ;

2° Opportunité d'un lavage préalable de l'estomac ;

3° Possibilité de pratiquer l'anastomose postérieure, malgré des adhérences multiples de l'estomac et de l'épiploon, en faisant une ouverture à travers ce dernier ;

4° Difficulté de la recherche de l'anse intestinale malgré les repères classiques ;

5° Utilité possible de maintenir l'écartement des lèvres de la fistule au moyen d'une virole ou d'un tube à drainage.

Communication.

De l'intervention chirurgicale dans les grandes névralgies pelviennes,

Par M. Richelot.

On a discuté récemment, au Congrès gynécologique de Bruxelles, les suppurations du petit bassin et leur traitement chirurgical. On a parlé, chemin faisant, des affections non suppurées. Mais il y a un point sur lequel on n'a fait aucune digression, sans doute parce qu'il n'était pas en relation étroite avec la question proposée, mais aussi parce qu'il n'est pas de sujet plus délicat et plus dangereux à traiter : je veux parler des névralgies pelviennes.

Le chirurgien qui propose une opération pour combattre les douleurs *sine materia* dont souffrent l'utérus et les ovaires, prend une grave responsabilité. Les femmes qui ont ces douleurs ont des organes sains ou peu malades, elles sont souvent jeunes et peuvent avoir des enfants ; de sorte qu'une mutilation n'est justifiée que si elle est absolument nécessaire. Quand la femme a passé un certain âge, il reste encore, pour modérer l'ardeur des chirurgiens entreprenants, la gravité immédiate de l'opération et l'incertitude du résultat thérapeutique.

Il est évident que, si les opérations radicales doivent toujours céder le pas aux moyens conservateurs, tant que ceux-ci n'ont pas démontré leur impuissance, c'est bien en présence des névralgies pures que cette loi trouve sa meilleure application. D'ailleurs, la phrase est toute faite, et il n'est pas de chirurgien qui propose d'extirper un organe avant d'avoir « épuisé toutes les ressources de la thérapeutique. » Le difficile est de s'entendre sur le moment précis où la thérapeutique est épuisée.

Je prie mes collègues de croire que, dans mes observations, les termes dont je me sers sont exactement pesés et que rien n'est écrit à la légère. Quand je dis que les douleurs sont violentes et continuelles, qu'il y a un état de nervosisme intolérable ou une incapacité de travail absolue, cela ne veut pas dire que la malade peut encore travailler ni qu'elle souffre modérément. Cela veut dire que je l'ai opérée parce que j'ai eu la conviction qu'elle ne pouvait guérir par d'autres moyens. A cette règle de conduite, je n'admets qu'une réserve. Nous sommes quelquefois mis en demeure de guérir par les voies rapides de pauvres femmes pour qui l'éloignement de leur ménage est un désastre, et qui ne sauraient dire lequel de ces deux maux est le plus funeste, ou la maladie elle-même ou les soins prolongés qu'elle exige. Pour elles, la chaise longue ou le repos au lit, les traitements d'attente, les essais thérapeutiques ne sont pas de mise. Nous sommes donc amenés, à l'hôpital et plus rarement en ville, à proposer des interventions que, plus libres, nous pourrions éviter ou différer de quelques mois. Dans ces conditions, d'où peuvent sortir de grandes imprudences ou de grands bienfaits, c'est à notre bon sens de nous dire de quelles hardiesses notre main est devenue capable, et à notre conscience de nous éclairer sur les entreprises légitimes.

J'ai noté avec soin l'âge des malades, le nombre de leurs enfants et de leurs fausses couches, afin qu'on apprécie dans quelle mesure l'ablation des organes peut être considérée comme un sacrifice.

Enfin, je déclare expressément n'avoir en vue que les grandes névralgies pelviennes, c'est-à-dire les *phénomènes douloureux* graves, permanents, rebelles, qui ont pour siège l'utérus et les ovaires, ne correspondent à aucune lésion définie, et s'accompagnent d'un état névropathique plus ou moins accentué. Je ne sais comment faire, parmi les nerveuses, des catégories nettes et tranchées ; mais mon intention formelle est de laisser de côté l'hystérie vraie, à grandes attaques, sans localisations douloureuses dans le petit bassin.

J'ai eu cependant un beau succès, par la castration ovarienne, chez une hystérique dont j'ai raconté l'histoire au Congrès de chirurgie[1]. Il s'agissait d'un cas vraiment désespéré, sans douleurs pelviennes, avec grandes attaques, suicides, etc. Les circonstances m'ayant amené à tenter l'opération, la malade fut absolument transfigurée ; elle devint calme, sérieuse, exempte de tout phénomène nerveux, et sa guérison, qui pouvait être consi-

[1] Congrès français de chirurgie, 5e session, 1891, p. 201.

dérée comme une rémission trompeuse, ne s'est pas démentie depuis trois ans. Mais un fait pareil est exceptionnel et en désaccord avec beaucoup d'autres faits ; j'ai dû l'entourer des réserves les plus formelles, j'ai dû me défendre de vouloir le généraliser tant soit peu, prévoyant les attaques dont il devait être l'objet, et qui d'ailleurs n'ont pas manqué de se produire.

Pour les névralgies, la question n'est plus la même. On aura beau s'étonner qu'un chirurgien enlève des ovaires douloureux tandis qu'il n'ampute pas un bras pour une douleur de l'épaule ; on aura beau dire, pour expliquer les succès de l'intervention, qu'avec les nerveuses il faut s'attendre à tout, qu'elles guérissent à propos d'une opération comme à propos de rien, quand on s'occupe d'elles et qu'on les satisfait ; pour moi, si une femme a été longuement traitée, si on l'a satisfaite ou martyrisée par tous les moyens sans calmer sa douleur, si, clouée dans son lit avant l'opération, elle voit après celle-ci disparaître son mal, se lève et reprend la vie commune, il m'est bien difficile de ne pas considérer cette transformation comme un résultat positif et un bienfait de la chirurgie.

La question posée en ces termes, il est bien entendu que je veux parler des grandes interventions contre les grandes douleurs : laparotomie ou hystérectomie vaginale.

La première peut rester purement exploratrice, ou mener à la rupture de simples adhérences, à la résection partielle d'un ovaire, à la castration unilatérale, enfin à l'extirpation double des ovaires et des trompes. De son côté, l'hystérectomie vaginale peut être bornée à l'ablation de l'utérus, ou comprendre en même temps les annexes.

Parmi toutes ces façons d'agir, la plus réservée peut vaincre des accidents graves, et la plus radicale manquer son but, tant sont bizarres et capricieux les troubles dont il s'agit. Mais les opérations complètes et rationnelles donnent le plus souvent de bons résultats, et c'est ce que je veux démontrer.

Toutes les batailles se sont livrées jusqu'ici autour de la laparotomie, les uns publiant des faits indéniables de guérison, les autres s'appuyant, pour la condamner, sur des échecs thérapeutiques non moins réels. Or, à mon sens, elle ne mérite ni enthousiasme ni réprobation ; les exemples que je vais citer en font foi. On y verra comment elle peut réussir et donner la guérison durable ; comment elle peut suspendre un instant et laisser revenir les accidents nerveux, ce que faisaient prévoir les conditions anatomo-physiologiques des organes pelviens ; comment enfin l'hystérectomie vaginale, cette nouvelle venue dans la thérapeu-

tique des affections non cancéreuses du petit bassin, peut compléter son œuvre quand elle est restée impuissante, ou fournir d'emblée des résultats supérieurs.

I. — J'ai des nouvelles récentes d'une malade opérée à 28 ans, le 22 octobre 1890. Elle avait un enfant de 7 ans et était malade depuis cinq années, avec des pertes blanches, des métrorrhagies répétées, des douleurs violentes, toujours nettement localisées du côté gauche. On ne sentait pas d'annexes volumineuses, mais l'examen éveillait une très vive sensibilité. Par l'incision abdominale, je trouvai à droite un ovaire un peu gros, sans adhérences, et une trompe normale ; après ablation, j'arrivai à découvrir dans le tissu ovarien deux ou trois petits kystes insignifiants. A gauche, là où je m'attendais à trouver des lésions positives, rien : petit ovaire sain, trompe saine, si bien que je les replaçai dans l'abdomen. C'était sans doute un scrupule exagéré dans l'espèce, et même une imprudence. Mais je n'eus pas à m'en repentir ; la malade fut guérie instantanément et complètement. Avant de quitter Avignon, c'était une impotente, immobilisée à chaque instant et condamnée par tout le monde ; on la croyait morte, quand elle annonça son retour de Paris ; on vint la chercher à la gare avec une voiture, pensant qu'elle ne pouvait marcher, mais elle rentra chez elle d'un pas ferme, à la stupéfaction générale. Ainsi, la castration unilatérale portant sur un ovaire à peu près sain, non sensible et épargnant l'ovaire douloureux, avait fait disparaître une névralgie rebelle, vieille de cinq ans et sans aucune lésion matérielle.

II. — J'ai revu dernièrement une fille de 23 ans, opérée le 10 mars 1891. Fausse couche à 17 ans ; grande, nerveuse, longtemps soignée à l'hôpital, ayant des attaques fréquentes et une humeur capricieuse, rendant la vie intolérable à ceux qui l'entouraient, et qu'on n'osait plus laisser sortir. Elle avait une sensibilité ovarienne excessive, prise dans un service de médecine pour une salpingite grave. Laparotomie d'un quart d'heure, ablation d'ovaires sains et mobiles, cessation complète des douleurs et des troubles nerveux. Aujourd'hui elle est tranquille, elle vit régulièrement, elle travaille et la guérison ne s'est pas démentie.

III. — Enfin, j'ai retrouvé le 18 octobre dernier une religieuse de 27 ans dont j'avais perdu la trace après lui avoir enlevé des ovaires sans lésions le 6 mai 1890. Elle souffrait depuis cinq ans d'une névralgie pelvienne qui l'empêchait de marcher et de vaquer à ses occupations, la tenait au lit la majeure partie de son temps, revenait par crises violentes sans la quitter jamais, et s'accompa-

gnait de métrorrhagies abondantes. J'en avais eu de bonnes nouvelles pendant quelques mois après l'opération; je sais maintenant qu'elle est toujours guérie et complètement débarrassée de ses douleurs.

Parmi les cas où j'ai bien moins réussi par la voie sus-pubienne, il y en a qui datent d'une époque antérieure aux applications nouvelles de l'hystérectomie vaginale, et d'autres plus récents où j'avais des raisons — j'en aurais encore aujourd'hui — pour choisir l'incision abdominale, c'est-à-dire une opération d'abord exploratrice et qui permet d'éviter les sacrifices inutiles.

IV. — Une jeune fille de 20 ans m'est amenée par sa mère; toutes deux sont à bout de patience et préparées à tout. La jeune fille est vierge, elle a des organes parfaitement sains d'apparence; mais, depuis l'âge de 13 ans, elle a des ménorrhagies prolongées, douloureuses, et ne peut faire aucun travail. « Enlevez-lui la grappe », me dit la mère. Naturellement, je me fais prier; je la tiens en observation, je fais une dilatation et un curage inutiles; enfin, à la longue et sur de nouvelles instances, je me décide à intervenir. Naturellement encore, je préfère la laparotomie, par laquelle j'éviterai toute mutilation ou la ferai aussi restreinte que possible. L'incision me conduit sur deux ovaires polykystiques, absolument dégénérés, sans un atome de tissu normal; je les enlève sans scrupule (26 mars 1891). Les hémorrhagies s'arrêtent, mais la douleur revient au bout de quatre mois et persiste aussi vive, si bien qu'il faut en venir à l'extirpation de l'utérus (14 juin 1892). Aujourd'hui, la jeune fille est parfaitement guérie. Donc, le sacrifice était nécessaire, et j'aurais eu avantage à faire immédiatement l'hystérectomie vaginale. Mais il faut avouer que je n'en savais rien; aucun signe ne me prouvait la dégénérescence des ovaires, et c'était bien le moins, chez une vierge de 20 ans, de ne pas choisir d'emblée le chemin qui conduit à la suppression des fonctions génératrices.

V. — Une femme de 35 ans souffre cruellement, depuis neuf années, au niveau de l'ovaire gauche; règles fréquentes et extrêmement pénibles. C'est une mère de famille au caractère doux, régulier, docile, n'ayant pas les allures d'une hystérique, néanmoins très hypnotisable; quand elle souffre trop, elle vient demander à son médecin de l'endormir pour obtenir quelque soulagement. Je ne lui trouve rien d'anormal dans les annexes, l'utérus est à peu près sain. La persistance et l'acuité de la douleur déterminent son médecin et elle-même à recourir à la chirurgie; la fixité de ce symptôme, toujours à gauche, m'engage à une castration unilaté-

rale, que j'entreprends sans avoir un diagnostic absolu, mais croyant plutôt à un ovaire altéré. Je trouve deux organes d'une intégrité parfaite ; je laisse le droit et j'enlève le gauche, qui est de volume ordinaire, sans adhérences, et dont la coupe nous montre un tissu normal avec le corps jaune de la dernière menstruation. Le confrère qui m'avait amené cette malade était presque confus de m'avoir poussé à une opération qui maintenant lui semblait à peine justifiée. Néanmoins, la douleur fut supprimée pendant sept ou huit mois. Malheureusement, les règles venaient encore trop souvent, presque tous les quinze jours, et je me repentais d'avoir épargné l'autre ovaire ; puis la névralgie reparut à son tour, aussi vive et aussi rebelle, ce qui nous conduisit, le 5 décembre 1891, à une hystérectomie vaginale secondaire suivie d'une guérison complète.

VI. — J'ai traité avec la même réserve, le 10 octobre 1891, une fille de 28 ans, habituée à la morphine et ayant une douleur extrême et permanente au niveau de l'ovaire gauche, mais chez laquelle un minutieux examen ne me révélait rien d'anormal. Après plusieurs séjours inutiles dans des services de médecine, la chirurgie était mise en demeure d'intervenir ; sa famille et ses médecins croyaient à des lésions graves, et me demandaient une opération radicale, qu'elle-même désirait ardemment. Mais je ne me souciais pas d'aller si vite, je voulais voir ses ovaires et ne l'en priver qu'à bon escient ; je voulais exploiter la confiance qu'elle avait dans l'opération, en me bornant, si possible, à une de ces laparotomies exploratrices qui donnent quelquefois des résultats inattendus. Je trouvai l'ovaire gauche, où existait la douleur, absolument sain ; le droit avait le même aspect, mais il était allongé par un petit kyste occupant son extrémité externe et doublant son volume. C'était un vieux corps jaune rempli de sérosité; je l'enlevai et suturai le tissu avec du catgut, puis je bornai là mon intervention, et la malade garda ses deux ovaires. Sortie de l'hôpital, elle retourna en province, eut les mêmes douleurs et se remit à la morphine, dont elle fit un tel abus qu'elle devint blafarde, sans appétit, sans sommeil et sans forces. Bientôt elle me fût ramenée dans un état pitoyable, et je ne vis plus d'autre parti à prendre que celui auquel je m'étais refusé tout d'abord : l'hystérectomie. J'enlevai l'utérus en quelques minutes (2 juin 1892). Dès ce moment, la malade ne souffrit plus, et, paraissant déshabituée de la morphine, elle prit dans mon service le métier d'infirmière, qu'elle exerça tout d'abord avec zèle et sans se plaindre. Malheureusement, l'amour de la morphine datait chez elle de trop loin pour s'éteindre, et bientôt je découvris que, malgré l'absence de dou-

leurs pelviennes, elle continuait à s'empoisonner. Je ne pourrai donc jamais vous montrer en elle une malade guérie par mon intervention ; et je ne rapporte le fait qu'au point de vue des indications respectives de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale. Ici, la réserve que j'ai apportée dans mes actes, en évitant d'abord une mutilation, a manqué son but, et j'aurais pu aller plus vite en besogne ; mais je ne crois pas avoir eu tort de procéder avec lenteur et de me laisser forcer la main par une situation de plus en plus grave et compromettant la vie. J'aurais pu agir autrement si l'âge de la malade m'avait imposé moins de ménagements, ou si, dès le début, son état physiologique m'avait paru désespéré.

Je pourrais citer d'autres faits, si je ne craignais les redites inutiles ; car j'ai fait 15 fois l'*hystérectomie vaginale secondaire* sur des malades incomplètement guéries par la castration ovarienne. Sur ce nombre, j'en mets trois à part, chez qui la laparotomie, faite pour des lésions matérielles sérieuses (salpingo-ovarite avec métrorrhagies, pyosalpinx), avait laissé après elle de gros utérus fongueux et saignants, rétrofléchis, adhérents au cul-de-sac de Douglas, et des douleurs qui n'étaient pas de la névralgie pure. Mais il y en a sept chez qui la névralgie est seule à considérer ; car leurs annexes étaient presque saines ; trois d'entre elles avaient gardé un utérus congestionné, hémorrhagique, et les autres un utérus petit, atrophié et purement douloureux. Enfin, il y en a cinq que j'avais opérées pour des lésions positives, mais qui n'avaient aucun reliquat inflammatoire, leurs utérus étaient petits et mobiles avec une muqueuse saine, et cependant elles souffraient cruellement, preuve que l'élément névralgique dominait la situation. Or, toutes ces malades — avec la réserve que j'ai dû faire au sujet d'une morphinomane — sont aujourd'hui parfaitement guéries.

Voilà des observations qui montrent que l'utérus laissé en place peut être une entrave à la guérison, et son ablation mettre fin à des maux que la suppression des ovaires n'avait pas dissipés. Mais, encore une fois, cela ne veut pas dire qu'il eût fallu, dans tous ces cas, faire d'emblée l'hystérectomie ; car il peut être sage, pour des raisons multiples, de commencer par une laparotomie discrète et n'entraînant qu'un sacrifice limité.

Je vais maintenant rapporter des exemples d'hystérectomies vaginales entreprises d'emblée contre les grandes névralgies pelviennes. Il y a longtemps que j'ai pensé aux avantages que pourrait avoir une extirpation complète. On l'a vu par un fait bien

antérieur aux discussions actuelles, puisqu'il date du 10 octobre 1887[1].

VII. — C'était une fille de 27 ans, qui, avant de me tomber entre les mains, avait déjà subi plusieurs opérations, curage, raccourcissement des ligaments ronds, et qui souffrait toujours. Elle n'avait ni métrite, ni déviation, ni tuméfaction péri-utérine, et la douleur n'avait pas de localisation précise. L'ablation des ovaires seuls me parut de valeur douteuse contre cette névralgie *sine materiâ*, et je résolus d'enlever l'utérus et les annexes par la voie vaginale. Avant mon intervention, elle était dans un état pitoyable, elle ne pouvait ni marcher ni à peine sortir de son lit; aussitôt après, elle fut engagée comme infirmière. A deux reprises, et à quelques mois d'intervalles, elle accusa des douleurs dans le ventre et prit un lit pendant huit jours dans le service de Landouzy, à l'hôpital Tenon. Elle n'avait aucun accident sérieux, mais au toucher, le doigt causait de la douleur en arrivant sur la cicatrice ; et Landouzy, qui ne la connaissait pas avant l'opération et n'avait d'autres renseignements que les miens sur les grands symptômes de cette époque, me disait : « Elle nous débite aujourd'hui la menue monnaie des accidents nerveux qu'elle a présentés jadis. » Après quelques jours de repos, elle reprenait son dur métier et s'en acquittait sans fatigue. Le second orage passé, il ne fut plus question ni d'état nerveux ni de souffrances locales; je la revis souvent, bien portante et travaillant toujours; enfin, deux ans plus tard, elle partit pour la campagne, d'où elle m'écrivit pour me demander la permission de se marier. Il ne s'agit donc pas d'une femme qui, toujours nerveuse et mal guérie, serait de guerre lasse retournée dans son pays pour y retrouver le calme et la santé, mais bien d'une malade que la chirurgie a mise, du jour au lendemain, en état de travailler activement, et qui longtemps après, pour des raisons toutes personnelles, a quitté Paris et continue là-bas de bien se porter. Tels sont les termes *ne varietur* de cette observation, que je tenais à fixer parce qu'ils montrent la valeur de l'hystérectomie vaginale contre des accidents que d'autres soins et mêmes des opérations n'avaient pu guérir, et afin qu'ils ne puissent être altérés légitimement à l'avenir, même sans mauvaise intention et dans l'entraînement d'une cause à défendre.

Depuis les succès récents de l'hystérectomie vaginale, j'y suis revenu et je l'ai faite plusieurs fois sur la même indication, alors que les circonstances la rendaient légitime, et ayant toujours l'idée

[1] *Semaine médicale*, 12 septembre 1888. — Congrès français de chirurgie, 5e session, 1891, p. 200.

qu'elle me donnerait des résultats plus sûrs que l'ablation des ovaires seuls.

VIII. — Le 19 mai 1891, femme de 33 ans qui, depuis une première couche heureuse à l'âge de 20 ans, a été enceinte deux fois et n'a pu mener ses grossesses à terme; ménorrhagies, douleurs névralgiques violentes et continuelles sans lésion apparente, sensibilité extrême à l'examen, constipation, état nerveux. Elle s'est fait soigner depuis longtemps, mais comme peuvent le faire les « ménagères » qui fréquentent nos services. Faut-il la faire venir à l'hôpital de semaine en semaine, pour lui donner des conseils illusoires et des remèdes inefficaces ? Los souffrances, qui durent depuis la première fausse couche, en 1889, n'ont rien de banal et ne ressemblent pas aux douleurs ordinaires de la métrite ; elles contrastent singulièment avec l'intégrité anatomique des organes; leur intensité et leur permanence me décident à enlever l'utérus mobile, les trompes saines, les ovaires contenant une ou deux petites vacuoles insignifiantes. L'opération réussit pleinement, et nous revoyons la malade à la fin de l'année, très bien portante et ne se plaignant de rien. Malheureusement je n'ai pas de nouvelles plus récentes, car elle a changé de domicile et j'ai perdu sa trace.

IX. — Le 15 octobre 1891, femme de 26 ans, un enfant et deux fausses couches; douleurs abdominales progressives depuis sept ans, ayant amené un état de nervosisme intolérable. Ici, les soins n'ont pas manqué; la malade est domestique dans un château, choyée par une maîtresse bienveillante et dirigée par un médecin des plus éclairés, mais rien n'a pu réussir. L'intensité du mal a fait croire à une pyosalpingite; les culs-de-sac vaginaux sont très sensibles, mais sans tumeur ni empâtement. L'opération est faite en un quart d'heure : utérus volumineux, trompes et ovaires à peu près sains. Retournée dans son pays, la malade se plaint encore un peu ; mais en novembre, « elle n'a plus de douleurs, elle mange et dort très bien ». Dans le courant de l'année 1892, à diverses reprises elle m'annonce des troubles nerveux et sa prochaine arrivée à Paris ; mais elle ne vient pas. Je la vois enfin le 22 octobre 1892 : elle est bien portante et n'a plus trace de névralgie pelvienne. Seulement, toujours nerveuse, elle se plaint d'une douleur singulière autour de l'ombilic, qui « l'empêche de s'asseoir » et contre laquelle je dirige en ce moment une thérapeutique des plus inoffensives.

X. — Le 17 novembre 1891, femme de 41 ans, deux grossesses normales et une fausse couche. Après avoir eu des attaques d'hys-

térie dans sa jeunesse, elle est restée très nerveuse, et a eu des douleurs vives depuis son premier accouchement. Les règles sont anormales : aménorrhée complète de février en mars, et depuis cette époque, métrorrhagies peu abondantes mais à peu près continues. Il y a de plus des troubles dyspeptiques, des vomissements opiniâtres, une incapacité de travail absolue. De nombreux médecins l'ont traitée avec acharnement, mais ce qui paraît avoir dominé, c'est la cautérisation répétée de prétendus ulcères du col. L'état névropathique s'est encore accentué depuis quelques mois ; la malade croit avoir une tumeur, elle est sans courage et sans forces. Devant cette pénible situation, et malgré l'absence de lésions pelviennes, je n'hésite pas à prendre les voies rapides, en enlevant l'utérus et les annexes. L'opération, très facile et de onze minutes de durée, est suivie d'une prompte guérison ; la dyspepsie, les douleurs pelviennes et avec elles le découragement disparaissent ; je revois la malade le 18 mai 1892 en parfait état, elle ne souffre plus et s'applaudit sans réserves d'avoir subi l'opération.

XI. — Le 21 novembre 1891, femme de 28 ans, trois enfants. Il serait difficile, je crois, de trouver un cas plus démonstratif que celui-ci en faveur de l'intervention chirurgicale. La malade est, depuis huit ans, presque toujours couchée ; la souffrance est si grande qu'elle peut à peine quitter son lit quelques heures de suite et qu'elle marche pliée en deux. Les règles, très diminuées aujourd'hui, étaient fort abondantes et constamment douloureuses ; les trois grossesses ont eu lieu dans ces conditions et se sont heureusement terminées. Depuis deux ans, elle ne se lève plus du tout ; elle se nourrit à peine et a beaucoup maigri. Toutes les ressources de la thérapeutique ont été épuisées ; on l'a portée en Suisse, mais elle n'a tiré du voyage aucun profit. Félizet, l'ayant vue en province, a constaté chez elle une forme grave d'hystérie avec douleurs pelviennes excessives, antéflexion mobile, crises vésicales sans lésions de l'appareil urinaire. Quelques mois après cet examen, elle vient à Paris et se remet entre mes mains ; je lui trouve un utérus petit et mobile, penché en avant, une sensibilité exquise du tissu utérin, des culs-de-sac vaginaux et de la paroi abdominale au niveau des fosses iliaques, le moindre contact provoquant des nausées ; une cystalgie violente revenant par accès, avec fréquence des mictions, et sans altération de l'urine. Elle est faible, pâle, immobile dans son lit et se nourrit d'un peu de lait et de bouillon.

L'opération est faite avec l'assistance de Félizet, et dure dix minutes ; ablation intégrale de l'utérus et des annexes. Le troisième jour, elle n'a plus l'air d'une opérée, à peine d'une malade ; elle

boit du champagne, du lait stérilisé, accepte bientôt des aliments solides, ne souffre plus à la palpation, oublie sa vessie, reprend des couleurs et des forces. Avant son départ, cependant, une nouvelle crise vésicale la tient au lit quelques jours; mais elle est bientôt sur pieds, marche, va et vient, et retourne chez elle absoment transformée. Depuis ce moment, il y a eu quelques retours atténués de la cystalgie, quelques plaintes relatives au sommeil ou aux fonctions digestives; le contraire ne serait pas vraisemblable. Il faut dire qu'elle n'a pas, au fond de sa province, les distractions et les plaisirs qui lui feraient sans doute oublier tous ses maux. Mais elle vit, en somme, dans des conditions normales, s'occupe, se promène; les lettres qu'elle m'adresse, les personnes qui la voient me la dépeignent comme une ressuscitée.

XII. — Le 26 novembre 1891, femme de 39 ans, trois enfants et une fausse couche. Les douleurs, qui durent depuis treize ans, ont doublé après la fausse couche; elles sont continuelles, paradoxales, étant données la mobilité de l'utérus et l'intégrité des annexes. Le col est un peu gros et scléreux, l'ensemble de l'organe légèrement hypertrophié; rien de plus. Il n'y a pas d'indications pour le curage utérin, et je ne sais quel autre moyen adopter qui ait chance d'être efficace. L'âge de la malade, qui rend l'utérus inutile, me décide à une opération radicale et en même temps fort simple; elle est achevée en cinq minutes, et cette fois je laisse dans le ventre les deux ovaires, petits et mobiles, auxquels je n'attache pas d'importance. La malade nous quitte à la fin de décembre en parfait état, sans douleur; puis elle m'échappe et je la cherche en vain. Heureusement, elle est venue se montrer il y a deux mois environ, et j'ai pu constater la solidité de sa guérison.

XIII. — Le 10 avril 1892, femme de 37 ans, deux grossesses difficiles. Mariée à 17 ans, malade aussitôt après. Sa mère affirme qu'elle n'était pas nerveuse; c'est une manière de parler, mais il semble bien qu'elle a eu pour la première fois une « attaque de nerfs » en 1891. Elle était cependant très souffrante, et se plaignait sans cesse de son ventre. Elle a mené une existence agitée, cherchant partout la guérison, commençant jadis par Depaul, allant de Bourges à Paris et à Bordeaux, passant en revue les guérisseurs et les médecins de bonne renommée. L'électricité, à deux reprises, lui a fait quelque bien; lavages de l'estomac, cautérisations du col, plaques dynamodermiques, tout y a passé. Elle s'adresse à moi en mars 1891; je lui trouve un utérus légèrement adhérent, une grande sensibilité avec peu de lésions, somme toute une névralgie pelvienne invétérée. Elle reste encore une année à

la campagne, puis, lasse de souffrir et encouragée par son médecin, elle vient à Paris et subit l'opération. L'utérus, retenu par quelques vieilles adhérences au cul-de-sac de Douglas, est enlevé par morcellement, et les annexes avec lui ; les trompes sont normales, un ovaire scléro-kystique et l'autre augmenté de volume par un kyste hématique de la grosseur d'une petite mandarine. Rien, dans ces quelques altérations, n'est en rapport avec la violence et l'ancienneté des douleurs.

L'opération eut naturellement les suites les plus bénignes ; de plus, la douleur disparut franchement, et déjà la malade s'applaudissait du résultat obtenu, lorsqu'au bout d'une quinzaine de jours elle fut prise d'étouffements et d'accès fébriles que rien ne pouvait expliquer. Je lui connaissais bien une arythmie cardiaque singulière, que son médecin m'avait signalée ; mais elle ne s'accompagnait ni de souffle ni d'aucun symptôme alarmant, nous l'avions considérée comme un phénomène nerveux et nous étions loin d'y voir le signe d'une sérieuse affection de cœur. La malade retourna en province délivrée de sa névralgie pelvienne et ne sentant plus son ventre, mais encore ébranlée par ces troubles inattendus.

J'ai souvent de ses nouvelles depuis son départ ; elle a maintenant une insuffisance mitrale avérée, avec souffle intense, œdème malléolaire, albuminurie, cachexie progressive. Je ne crois pas que les ennemis les plus déclarés de l'hystérectomie vaginale l'accusent d'engendrer les maladies organiques du cœur ; je n'ai donc qu'à enregistrer cette coïncidence malheureuse, en regrettant amèrement qu'elle vienne rendre inutile une intervention dont le résultat s'annonçait comme très nettement favorable.

XIV. — Le 24 mai 1892, femme de 31 ans, une fausse couche et un accouchement laborieux. Depuis ce dernier, c'est-à-dire depuis cinq ans, douleurs utérines violentes, avec leucorrhée, sans métrorrhagies ; traitements variés, qui ne changent rien à son mal et qui la laissent découragée. En avril 1892, conseillée par une ancienne malade de Tenon, elle quitte le département du Var et vient à Paris. C'est une femme qui souffre constamment, qui marche pliée en deux ; ce n'est pas une hystérique. L'utérus et les ovaires sont mobiles, sans lésions apparentes, et d'une sensibilité exquise. Après une opération d'un quart d'heure et l'ablation d'organes à peu près sains, elle cesse de souffrir et retourne chez elle bien portante. En septembre on m'écrit que le mieux s'est toujours accentué. Il est vrai qu'elle a eu dans un avant-bras, des douleurs vives surtout la nuit, qui ont duré deux semaines et qui ont passé avec de l'antipyrine et des manches de flanelle ;

il est vrai qu'un peu plus tard, elle a été prise, en se redressant, d'une douleur aiguë « dans le bas du dos et vers le côté », qui lui a fait garder le lit pendant quelques jours, et qui m'a l'air d'un simple lumbago. J'en conclus qu'elle est rhumatisante ; mais l'opération n'en a pas moins supprimé une névralgie pelvienne rebelle et qui durait depuis cinq ans.

XV. — Le 16 juillet 1892, femme de 36 ans, mère de plusieurs enfants, déjà venue à l'hôpital Tenon pour se faire soigner d'une « métrite simple ». Le curage, fait par un de mes internes le 23 mai, ne donne pas de résultat; il est vrai qu'on n'a pas fait d'opération sur le col, qui est dur et très augmenté de volume. Deux mois après, devant la continuité des douleurs, j'hésite sur la conduite à tenir ; une amputation sus-vaginale, destinée à supprimer les tissus sclérosés et à produire l'atrophie du corps utérin, serait assez bien indiquée dans l'espèce. Toutefois, l'intensité et la continuité des douleurs, l'âge de la malade, l'état nerveux très accentué, y compris la sensation de boule hystérique, le souvenir de cas semblables où j'ai dû faire, après une intervention limitée, l'hystérectomie vaginale secondaire, enfin la certitude que l'ablation d'un utérus mobile n'est pas plus grave qu'une amputation du segment inférieur, me déterminent à aller plus loin. L'utérus est enlevé d'un seul bloc, malgré les adhérences molles du cul-de-sac de Douglas, et avec lui les deux ovaires scléro-kystiques et les trompes saines. La malade, qui est concierge, retourne à sa loge et d'abord je la crois guérie ; mais, tout récemment, son fils m'apprend qu'elle se plaint toujours, se désole et s'attribue une maladie grave. Bref, l'état nerveux n'est pas modifié, et l'opération paraît avoir manqué son but.

XVI. — Aux faits qui précèdent s'ajoute un cas où la mort vint dénouer, après l'opération la plus simple, une situation désespérée. Ce n'est pas la chirurgie qu'il faut accuser, c'est la malade elle-même, c'est la peur exagérée de l'opération, qui porte un si grand nombre de malheureuses à repousser nos soins tant qu'elles ne sont pas à bout de forces, et à les réclamer quand il n'est plus temps. Cette malade, âgée de 35 ans et vierge, était venue me voir en 1889, fatiguée par ses visites à l'Exposition et ayant de vives douleurs dans le côté gauche du ventre. Elle pensait avoir eu, en 1886, une péritonite (?) qui l'avait tenue neuf mois au lit. C'était une grande nerveuse sans attaques, déjà très souffrante et très découragée, mais n'ayant pas trop mauvaise mine. Je ne lui trouvai pas de lésions abdominales, mais une névralgie pelvienne inquiétante par ses retours et son intensité ; je conseillai un traite-

ment palliatif, car je n'étais nullement disposé à recourir d'emblée aux moyens extrêmes. Mais je n'aurais pas voulu qu'elle attendît si longtemps : elle passa dans son lit presque toute l'année suivante; au mois d'avril 1891, elle m'appela en Seine-et-Oise et je la trouvai immobilisée par la douleur. Elle vivait sans manger, buvait un peu de bouillon, et toutes ses fonctions semblaient ralenties, immobilisées comme elle. La situation me parut si grave, que je proposai d'intervenir au plus vite; mais elle refusa net. Puis elle resta dans son lit. On m'apprit à la fin de l'année qu'elle allait un peu mieux et prenait quelque nourriture; mais, en 1892, il y eut une telle agravation qu'elle se décida et me fit venir le 24 juillet. Elle était couchée depuis 23 mois, souffrait sans repos ni trève et continuait à ne pas manger. Quand je voulus l'examiner, elle pouvait à peine tourner la tête vers moi ; elle était très amaigrie et beaucoup plus faible que je ne l'avais encore vue ; son ventre était creux et d'une extrême sensibilité au-dessus du pubis. En pareil état, l'opération était bien risquée, sans doute ; cependant, comme elle devait être assez simple et rapidement faite, je comptais un peu qu'elle n'excéderait pas la résistance de cet organisme appauvri mais sans fièvre, sans altération de l'urine, sans lésions matérielles. Ajoutons que je ne pensai à la castration ovarienne que pour la rejeter comme insuffisante, et que je résolus d'extirper à la fois l'utérus et les annexes.

L'opération, faite le 24 juillet 1892, ne fut gênée que par l'étroitesse du vagin ; ovaires et trompes enlevés des deux côtés, la malade fut remise dans son lit en très bon état et sans avoir perdu de sang. Pendant un jour et demi, tout alla bien, elle-même se croyait sauvée. Mais dans l'après-midi du second jour, le pouls faiblit à diverses reprises, malgré les injections d'éther. Il n'y avait ni ballonnement, ni douleur, ni la moindre élévation de température, mais simple collapsus, et la mort vint doucement au bout de quarante-huit heures.

Je ne crois pas avoir besoin d'insister beaucoup pour montrer que, dans cette issue malheureuse, la chirurgie n'a rien à se reprocher, que la malade abandonnée à elle-même était absolument perdue, qu'une certaine opération était dangereuse mais avait encore des chances de succès, et qu'un chirurgien capable de la faire n'avait pas le droit de s'abstenir.

Je dirai mon avis, pour conclure, sur la meilleure méthode chirurgicale applicable aux grandes névralgies pelviennes. J'ai cité des exemples de laparotomies suivies de guérison durable ; mais j'ai montré aussi, par des faits, que l'incision abdominale suivie d'une opération sur les annexes ne réussit pas toujours à

supprimer les douleurs. Quels sont, d'autre part, les résultats de l'hystérectomie vaginale? Il est bien entendu qu'il ne faut pas s'attendre à des succès constants, absolus. Néanmoins, ceux que j'ai relatés ont une certaine valeur. Sur neuf observations — sans parler des hystérectomies vaginales secondaires, qui m'ont toujours donné des résultats complets — il y en a huit où le succès n'est pas contestable, une seule (XV) où je n'ai pas atteint mon but. Parmi les huit, il faut faire des catégories : une malade (XIII) ne souffre plus du ventre, mais elle sera bientôt emportée par une maladie du cœur ; deux (IX, XIV), après disparition des douleurs abdominales, se plaignent de quelques points névralgiques dans d'autres régions, n'ayant pas à beaucoup près la même importance ; cinq (VII, VIII, X, XI, XII) sont des exemples de guérison franche, constatée au bout de six mois, dix mois, onze mois et cinq ans. Toutes sont dans un état d'intégrité fonctionnelle qui n'inspire aucune réserve pour l'avenir ; deux (VII, XI) sont des femmes que l'opération a tirées merveilleusement d'une situation des plus graves, sinon désespérée comme la dernière que j'ai décrite (XVI).

Si donc je me fonde sur la simplicité relative de l'opération dans les cas de ce genre, sur l'inutilité de conserver l'utérus après l'ablation des ovaires, sur les raisons théoriques qui militent en faveur de l'extirpation totale, enfin sur mes observations, je pense qu'il faut regarder l'hystérectomie vaginale comme la plus sûre des deux méthodes contre les névralgies pelviennes. Encore une fois, je ne recommande pas de l'appliquer toujours, sans autre examen. Bien au contraire, les malades de cette catégorie ne peuvent se traiter sommairement ; les conseils d'abstention, de réserve, d'intervention exploratrice et limitée doivent être écoutés et obéis comme je l'ai fait plusieurs fois. Mais il faut bien avouer qu'il y a des cas où la souffrance et le désespoir des malades imposent un complet sacrifice, et c'est alors que les chirurgiens sans timidité et sans système ont le devoir d'abandonner, s'il le faut, leurs vieilles habitudes pour suivre jusqu'au bout l'indication vraie.

Discussion.

M. Reclus. — Je serai bref parce que je n'ai pas de faits à mon actif, n'ayant jamais fait d'opération dans les conditions dont vient de nous entretenir M. Richelot. Il y a sept à huit ans, au moment où il était beaucoup question de l'opération de Battey, je fus consulté par une dame atteinte de violentes douleurs abdominales et réclamant une intervention ; cette dame subit l'ablation des annexes et resta guérie de ses douleurs pendant six mois. Au bout de ce

temps, elle vint me trouver de nouveau et me réclamer une nouvelle opération que je refusai. Elle fut opérée par un autre chirurgien qui pratiqua l'hystérectomie vaginale. La malade fut soulagée pendant un an; depuis ce temps, les douleurs ont recommencé de plus belle que jamais et cette malheureuse est actuellement morphinomane au plus haut degré.

J'ai opéré une autre malade atteinte de deux kystes de l'ovaire et présentant en même temps de violentes douleurs abdominales; j'espérais que l'ablation des kystes serait suivie de la disparition des douleurs. Il n'en fut rien et les souffrances reparurent aussi vives qu'auparavant, quelque temps après l'opération.

Je n'ai observé que ces deux cas.

Il me paraît important de suivre longtemps ces malades pour connaître les résultats éloignés de l'intervention.

Il est un autre point sur lequel j'aurais voulu voir M. Richelot insister, à savoir sur le diagnostic et sur la valeur de l'expression *névralgie pelvienne*. J'ai observé récemment avec MM. Segond et Bouilly une malade de ce genre atteinte de douleurs vagues et disséminées dans divers points du tronc, sans lésion appréciable des organes génitaux; malgré le désir de la malade et du médecin traitant, nous avons cru devoir refuser toute intervention.

Je voudrais que M. Richelot nous donnât les indications nettes de l'opération en pareil cas et nous fournît les éléments d'un diagnostic.

M. Quenu. — Existe-t-il de véritables névralgies de l'ovaire en dehors de l'hystérie? Ce serait un premier point à démontrer. En outre, alors même que des hystériques ont des lésions importantes des annexes, il est bien connu que l'opération ne les guérit pas. J'ai souvenir d'une malade que j'ai opérée, avec M. Terrier, d'un kyste hématique de la trompe; quelque temps après son opération, à l'occasion d'une grande frayeur provoquée par un incendie, elle fut prise de paralysie et d'accidents hystériques étranges, avec torpeur, hoquet, douleurs en ceinture, zona, etc. — Elle redevint donc tout à fait malade et perdit à nouveau son équilibre nerveux.

Contre l'hystérie et les douleurs d'origine hystérique, toute opération est impuissante. En dehors de l'hystérie, il me paraît nécessaire de démontrer qu'il y a une névralgie liée à des lésions de l'ovaire. Le fait même n'est pas encore suffisamment établi pour l'ovaire scléro-kystique dont la présence est presque constante, si on examine les ovaires de femmes un peu âgées. Tout ovaire scléro-kystique ne peut être déclaré malade. Sur les ovaires de ce genre, on trouve des lésions très différentes et souvent très peu accentuées. Quelquefois on ne constate qu'un développement con-

sidérable du système veineux, comme dans le varicocèle ovarien; cette vascularisation est peut-être une cause de douleur.

Un certain nombre de malades souffrent beaucoup pour de très petites lésions et quelques-unes guérissent à la suite de petites opérations.

Chez une malade à grandes douleurs, j'ai trouvé des fausses membranes autour de l'ovaire.

Le fait qu'à une certaine époque il a existé des accidents de pélvi-péritonite liée probablement à une affection des annexes est une notion importante au point de vue de l'opération; on peut trouver alors des adhérences soit de l'ovaire, soit de l'épiploon, et rendre de véritables services en intervenant.

Je ne suis pas opposé aux conclusions de M. Richelot; il y a lieu seulement de distinguer les cas.

M. Terrier. — Cette question a déjà été posée ici et j'ai moi-même rapporté des opérations de Battey faites contre l'hystérie. J'ai dit qu'il était absolument nécessaire de faire examiner ces malades par un médecin compétent pour reconnaître si réellement elles sont hystériques; le chirurgien seul n'a pas qualité pour trancher cette question.

Chez des malades non hystériques, il peut y avoir des douleurs soit du côté des annexes, soit du côté de l'utérus, ou même en quelque point plus ou moins éloigné. J'ai observé une femme chez laquelle M. Charcot n'avait pas cru devoir admettre l'hystérie et qui présentait seulement un point névralgique du col utérin.

Bien souvent, il est difficile de dire si, anatomiquement, il existe ou non des lésions; les histologistes les plus compétents sont encore peu fixés sur les lésions nerveuses des ovaires, et les pièces en main, on peut rester sans savoir si l'ovaire est malade ou non. Il y a là encore toute une série de questions à résoudre.

De même pour l'utérus, que M. Richelot a cru devoir enlever dans quelques cas; il serait bon, dans ces conditions, de faire l'examen de l'organe et de se rendre compte s'il existe des lésions utérines.

Je ne fais pas la critique des opérations de M. Richelot, mais je dis qu'aujourd'hui on ne peut tirer de conclusions de pareils faits, tant qu'on ne saura pas si oui ou non il existe des lésions, si oui ou non il s'agit d'hystériques. La même incertitude existe pour le genre d'intervention? Fera-t-on la laparotomie ou l'hystérectomie? Pourquoi obtiendra-t-on tantôt de bons résultats, tantôt de mauvais? nous ne le savons pas encore.

M. Lucas-Championnière. — Je ne sais pas trop ce que c'est que

la *névralgie* dont nous a parlé M. Richelot; c'est un mot qui cache notre ignorance sur la nature des douleurs. Je ne puis m'associer au reproche qu'on pourra lui faire d'avoir opéré sans diagnostic, car je sais que dans ces cas on peut guérir en opérant. J'irai plus loin que M. Terrier, et je ne dirai pas qu'il ne faut pas opérer les hystériques; je suis convaincu qu'on peut les soulager et les guérir; on a des succès moins rares qu'on ne l'a dit et même chez des hystériques vraies; j'ai des observations de ce genre. Chez ces malades, il ne faut parfois qu'une *épine* très petite pour provoquer les accidents; son ablation peut donner un répit, et un soulagement, même temporaire, représente en pareil cas un grand bénéfice.

Nous ne savons pas quelle est la lésion exacte, même dans les ovaires scléro-kystiques, et cependant on a souvent des résultats parfaits au point de vue de la douleur, même chez des femmes hystériques.

En outre, un certain nombre de ces malades ont des règles horriblement douloureuses, de grandes crises de dysménorrhée que l'on soulage complètement par l'ablation des annexes.

Si ces malades souffrent ensuite, il est probable qu'il faut mettre la douleur sur le compte des névrites ascendantes.

Néanmoins, on peut dire avec M. Richelot que beaucoup de ces cas seront guéris; c'est une très bonne chirurgie. On passe souvent par de grandes difficultés d'interprétation et de décision, et ce n'est que celui qui a la malade sous la main qui peut juger de la question.

Ce qu'il y a de plus évident, c'est que dans bon nombre de cas, on ne sait ce qu'il y a et cependant, en opérant, on obtient de bons résultats.

J'ai déjà dit, dans la discussion sur la laparotomie comparée à l'hystérectomie vaginale, que nous sommes souvent dirigés par le phénomène *douleur* et qu'en pareil cas, la laparotomie me paraît meilleure, puisqu'elle permet de voir et de contrôler les lésions. Or, dans ces cas, on opère souvent sans savoir ce que l'on trouvera, et cependant on a des guérisons.

M. Verneuil. — Je désirerais vivement avoir sous les yeux les observations détaillées de M. Richelot. Pour tous ces cas, toujours, dit-on, on ne prend le bistouri que lorsqu'on a épuisé tous les moyens de traitement; je demande quels sont ces moyens de traitement et ce que l'on a fait. A une période où l'on n'opérait pas ces malades, nous en avons tous guéri, et si l'on va au fond des choses, on apprend souvent qu'on n'a pas tout fait le nécessaire pour éviter l'opération, ou qu'on a mal mis en œuvre les moyens utiles.

Dans quelques cas, et avec raison, M. Richelot s'est montré économe des ovaires de ses malades et il a fait sagement.

Comment ne pas s'étonner quand dans un cas, il enlève l'ovaire malade d'un côté et que la malade est guérie d'une douleur au côté opposé où l'ovaire était sain? N'est-ce pas l'histoire de la malade d'Israel, à qui l'on fait une simple incision de la peau et qui guérit de ses accidents. M. Duplay vient de publier récemment les faits les plus curieux, où des malades sont guéris après une simple laparotomie, sans aucune ablation de lésions. On se demande alors si, dans les faits de M. Richelot, il n'eut pas suffi de laisser les organes sains après avoir fait l'ouverture du ventre.

Qu'entend-on par *grande névralgie pelvienne ?* Nous n'en savons rien et tous nos efforts doivent s'acharner à faire un diagnostic pathogénique exact. Il y a deux ans, je voyais une malade, très nerveuse, atteinte de douleurs tellement intolérables que, malgré mes répugnances, je conseillai de faire l'opération. M. Terrillon en fut chargé et, au cours des pourparlers préliminaires et des préparatifs, la malade fut prise de manie aiguë et plus jamais n'accusa de douleurs du côté du bassin.

Chez une autre malade de Reims, horriblement hypéresthésique, souffrant d'une manière atroce, pouvant à peine se tenir, je ne prescrivis qu'un traitement banal; deux mois plus tard, j'apprenais qu'elle était guérie.

Je conclus en demandant qu'on s'attache, dans tous ces cas, à faire des diagnostics aussi précis que possible.

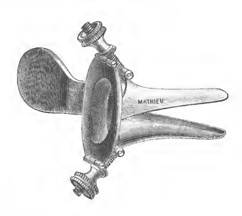
M. Terrier. — Je ne puis encourir le reproche de n'avoir pas opéré des hystériques; je l'ai fait et j'ai même dit à cette occasion que l'opération pouvait avoir pour but de diminuer l'hystérie en supprimant l'*épine* provocatrice.

Présentation d'instruments.

M. Richelot présente un manche pour instruments d'otologie, à inclinaison variable, construit sur les indications de M. le Dr Ant. Courtade.

Ce manche permet de faire varier instantanément l'angle que fait l'instrument avec le manche, et cela suivant les habitudes de l'opérateur ou les besoins du moment.

M. Ch. Monod présente, au nom de M. Ruault, un spéculum nasi à deux valves indépendantes, en aluminium. — Il s'agit d'une modification du spéculum Duplay. — Son avantage est de permettre d'introduire le spéculum dans la narine de façon à l'ouvrir verticalement, ce qui donne une bonne vue de la cavité nasale, de la cloison, et aussi du plancher de la fosse nasale : celui-ci en contrebas de l'entrée de la narine, l'obliquitité en avant et en bas de la



valve inférieure ouverte avec la vis permet de voir toute l'étendue du plancher aisément. De plus, l'instrument ainsi placé dans la fosse nasale s'y maintient seul, très solidement, sans que le malade soit gêné.

Présentation de pièces.

M. Th. Anger présente un énorme molluscum qu'il a enlevé dans son service à l'hôpital Beaujon, le 7 novembre 1892.

L'homme qui portait cette tumeur est âgé de 52 ans, et dès l'âge de 14 ans, il fut opéré une première fois par Lenoir d'une tumeur qu'il portait derrière l'oreille.

Des centaines de petites tumeurs variant du volume d'une lentille à celui d'une noisette, recouvrent la peau du tronc et des membres.

L'oreille, le cou et l'épaule gauche sont le siège d'un développement hyperplasique de la peau, qui tombe en replis transversaux, rouges, épais, sur l'épaule gauche. L'un de ces replis part de la clavicule gauche et retombe comme un battant de cloche jusqu'au

milieu de la cuisse : le pédicule peu épais, mais très large, s'étend

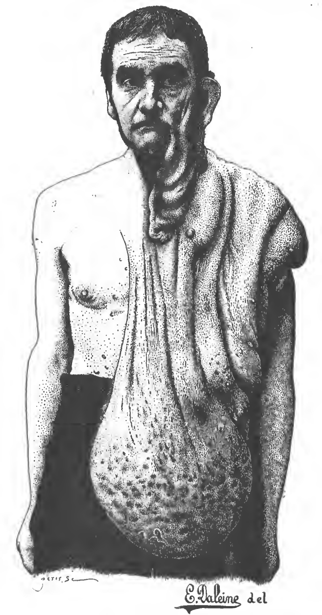


Fig. 1.

du sternum à l'épaule. La peau est rouge chagrinée, épaissie, et le siège d'une dermite chronique.

Le sein gauche est très développé et l'hypertrophie semble atteindre la substance glandulaire.



Fig. 2.

Toutes ces tumeurs sont complètement indolentes; cependant un suintement très odorant se fait entre les replis de la peau et y entretient un certain degré de dermite.

Il n'est pas possible de songer à enlever toutes ces tumeurs. La



Fig. 3.

plus volumineuse seule est enlevée et son poids dépasse 14 kilogrammes.

La réunion de cette grande plaie s'est faite par première intention et huit jours après le malade peut être considéré comme guéri.

M. Michaux, chirurgien des hôpitaux, présente :

1° Une volumineuse tumeur fibro-kystique enlevée par la laparotomie (M. Monod, rapporteur);

2° Une hernie enkystée congénitale dans une hydrocèle funiculaire, également congénitale (M. Terrillon, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 16 novembre 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Tavole statistiche della Clinica Chirurgica di Palermo*, sous la direction du Dr Albanese, du 1er mars 1868 au 31 octobre 1889. Palerme, 1892;

3° *Trépanation tardive pour un cas d'enfoncement du crâne avec épilepsie symptomatique*, par M. Hue (de Rouen), (M. Quénu, rapporteur).

Suite de la discussion sur le traitement chirurgical des névralgies pelviennes.

De l'intervention chirurgicale dans les grandes névralgies pelviennes.

M. Reynier. Messieurs, dans la dernière séance, mon ami le Dr Richelot, en nous citant ses très intéressantes observations personnelles d'opérations pour des névralgies pelviennes, a mis à

l'ordre du jour une question particulièrement embarrassante pour le chirurgien, et qui, si je ne me trompe, a été déjà effleurée dans cette Société en 1885, à propos d'une communication de M. Terrier.

Il s'agit, en effet, de discuter la conduite que nous devons tenir, devant tout un groupe de malades, chez lesquelles *les lésions locales appréciables sont insignifiantes ou n'existent pas, et chez lesquelles la douleur est le symptôme prédominant, souvent unique.*

Toute la maladie consiste dans une souffrance pelvienne plus ou moins vive, très vive dans les observations de M. Richelot, souffrance dont nous apprécions mal l'origine, et que nous désignons sous le nom de névralgie, désignation qui dit peu, tout en paraissant dire beaucoup, et qui masque surtout notre ignorance.

Or, il est à noter que, soit par le fait de la souffrance, soit plutôt par le fait de la cause qui l'a produite, ces malades sont dans un tel état d'esprit, qu'elles désirent l'opération quelle qu'elle soit, qui doit les soulager, qu'elles la sollicitent avec une opiniâtreté qui devient un symptôme, et qu'il faut toute l'énergie du chirurgien pour ne pas céder de suite à leurs instances et prendre le temps de voir si cette opération est justifiée.

Et cependant, si vous ne pouvez diagnostiquer la cause de la souffrance, c'est une opération aveugle, hasardeuse au point de vue du succès, que vous proposez ou que vous acceptez, et qui présente toujours un certain degré de danger, si minime qu'il soit à l'heure actuelle.

Le fait même d'opérer dans des cas de ce genre paraît donner une gravité encore plus grande, surtout si on a recours aux opérations dont parle M. Richelot, laparotomies ou hystérectomies.

Il y a longtemps que, de l'avis de la majorité des laparotomistes, et je citerai M. Lucas-Championnière parmi eux (*Arch. de méd.*, 1888, p. 245), le nervosisme, en augmentant les risques post-opératoires, augmente les dangers.

Ajoutez à ces considérations la gravité morale de ces opérations, qui enlèvent à une femme les attributs de son sexe, et on comprendra les hésitations d'un chirurgien à consentir à une opération que la douleur seule et non la lésion nécessite.

Mais, en étudiant les caractères de ces douleurs, les conditions dans lesquelles elles se produisent, ne pouvons-nous arriver à trouver quelque élément de diagnostic, quelque indication opératoire, qui puisse lever nos hésitations ?

A la dernière séance, M. Terrier et M. Lucas-Championnière semblaient croire que ce diagnostic était pour ainsi dire impossible. Ils me permettront de ne pas être absolument de leur avis. Qu'il soit difficile, je ne le conteste pas, mais qu'on n'en puisse appro-

cher plus ou moins près, qu'on ne puisse arriver dans un certain nombre de cas à le formuler nettement : c'est ce que je ne crois pas.

Depuis longtemps, je m'occupe des relations des troubles du système nerveux avec les lésions chirurgicales, de la façon dont se comportent les nerveux en chirurgie, et par le fait de cette étude j'ai été amené à m'occuper de ces névralgies pelviennes. C'est le résultat de ces observations que je désire ici communiquer à la Société : j'en tirerai les déductions thérapeutiques et opératoires qu'elles me paraissent comporter.

En premier lieu, je ne crois pas m'avancer ici beaucoup en disant que les névralgies liées à une lésion périphérique du système nerveux, névromes ou névrites simples, sans lésion inflammatoire des organes avoisinants, doivent être les cas exceptionnels. Je ne nie pas que ces lésions puissent exister, mais pour pouvoir les affirmer il faudrait des observations bien prises, non seulement au point de vue clinique, mais au point de vue anatomique. Si cette démonstration était faite, elle serait un argument concluant en faveur d'une opération.

Pour être logique, cette opération ne devrait avoir pour but que d'enlever le point douloureux : laparatomie pour l'ablation d'un névrome de l'ovaire, hystérectomie partielle ou totale pour une lésion nerveuse siégeant dans telle ou telle partie de l'utérus.

Toutefois, si on étudie avec soin les malades, au point de vue de leur système nerveux, on remarque que presque toujours, d'après ce que j'ai vu je dirais toujours, les névralgies pelviennes, sans lésions appréciables, s'accompagnent d'un ensemble symptomatique qui montre bien que *c'est dans le système nerveux central* qu'il faut chercher la cause de la douleur.

De même qu'il y a, suivant l'expression heureuse de M. Guyon, des faux urinaires, en gynécologie nous avons les fausses ovariennes, les fausses utérines. Mon collègue et ami, M. le Dr Oulmont, qui s'est spécialement occupé sous les auspices de M. Charcot de ces questions, me disait qu'il y avait des ovaralgies symptomatiques du tabes au début des scléroses en plaques, qu'il en avait vues. Moi-même, j'ai, dans mon service, observé une femme qui était entrée pour des ovaires douloureux, et qui réclamait la laparotomie, dont elle connaissait la gravité, étant liée avec des femmes qui l'avaient subie. Cette femme avait des ovaires qui paraissaient normaux au toucher, un utérus indemne, des trompes de grosseur normale, le tout paraissant très mobile. Mais elle avait un nystagmus, un tremblement particulier, une parole scandée, qu'on était en droit de rattacher à des lésions médullaires, et je crus pouvoir porter le diagnostic d'ovaralgie symptomatique d'une

lésion centrale. Je la renvoyai, refusant de l'opérer et me contentant de la traiter par le bromure.

J'étais d'autant moins tenté de céder à ses sollicitations que, quelque temps auparavant, j'avais eu un désastre opératoire à déplorer dans les conditions suivantes :

Il s'agissait d'une femme atteinte de fibrome utérin peu volumineux avec métrorrhagies, et que j'avais cru, étant donné le petit volume de la tumeur, devoir opérer, malgré des symptômes qui faisaient craindre une lésion centrale au début, léger tremblement, parole saccadée, figure hébétée, pleurs et rires sans raison. Deux fois je l'avais renvoyée de mon service, et ce n'est que sur l'insistance de la malade, en présence de ses pertes, que je m'étais décidé à intervenir. L'opération avait été relativement facile ; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, pas de collection purulente ouverte, et cependant ma malade mourait trois jours après, sans que je pusse expliquer sa mort autrement que par le choc opératoire dont la malade, malgré la caféine, l'oxygène, l'éther, n'avait pu se relever. A l'autopsie, on ne trouva aucune trace de péritonite, aucune hémorrhagie. Elle n'avait eu d'ailleurs aucune douleur de ventre, aucun ballonnement, même pas de vomissements chloroformiques. Les seuls symptômes qui nous avaient frappés, c'était la stupeur, et l'état de gâtisme dans lequel l'opération avait mis cette malade. L'iodoforme n'avait pu être incriminé, car elle avait été pansée au salol. Malheureusement, si je pus examiner la cavité abdominale, la malade ayant été réclamée, je ne pus faire l'autopsie de la moelle.

J'avoue que cette mort, dont je n'ai pu démêler la raison satisfaisante, m'a vivement impressionné et me rendra dorénavant très sobre d'opérations dans des cas semblables.

A côté de ces malades, dont les douleurs sont symptomatiques de lésions centrales connues, nous avons toute une classe de malades beaucoup plus nombreuses, qui sont prédisposées à ces névralgies pelviennes. Ce sont de celles-là dont je veux surtout vous entretenir. Elles peuvent se distinguer en deux groupes, que je désignerai ainsi, pour obéir aux idées médicales modernes : les neurasthéniques et les hystériques.

C'est le cerveau des neurasthéniques qui fait naître sur un point de l'économie et localise la douleur; c'est lui qui actionne cette douleur, qui lui donne son acuité, qui lui donne sa ténacité, sa durée.

La raison de la localisation de cette douleur sur tel ou tel point de l'économie, et, dans le cas actuel, sur les organes pelviens, peut n'être qu'une pensée, la crainte d'un mal qui n'existe pas; mais le plus souvent, elle est due à une sensation qui serait inaperçue

chez une autre, mais qui, vu l'état cérébral de la malade, devient une préoccupation qui peu à peu grandit, et finit par devenir douloureuse, très douloureuse. En somme, nous nous trouvons en présence des anciens hypocondriaques d'autrefois, *cum* ou *sine materia;* si vous relisez ce qui a été écrit, vous savez que cette affection touche de près à la folie, de si près qu'un grand nombre d'hypocondriaques ou de neurasthéniques finissent par déraisonner tout à fait, et qu'il n'y a plus à discuter pour savoir de quel côté il faut les ranger.

Dans ces cas, devons-nous opérer avec la pensée que nous nous trouvons en présence d'une hypochondrie avec lésion, que nous pourrons enlever, et agir ainsi sur l'état cérébral de la malade.

D'après ce que j'ai vu, je crois que cet espoir sera souvent déçu. Avant de conclure, je citerai les observations suivantes, qui montrent que non seulement cette opération peut être inutile, mais aggraver l'état cérébral de la malade.

Cette année, entre dans mon service une malade qui se plaignait de douleurs dans le ventre. Au toucher nous diagnostiquons une salpingite double. La malade se préoccupait beaucoup de son état, plus que de pareilles malades ne le font, et plus que son degré d'intelligence ne paraissait le comporter. Je lui fis la laparotomie et, en effet, je trouvai une double salpingite purulente, très adhérente. Je lui fis l'ablation des deux annexes. A la suite de cette opération, la malade devint dès les premiers jours triste, pleurant facilement. Nous eûmes peur d'une intoxication iodoformée, bien difficile à admettre, étant donné qu'il n'y avait pas de plaie. Je lui fis renouveler son pansement dès le quatrième jour, et le remplaçai par le salol. La malade continua de pleurer; peu à peu elle tombait dans un état de lypémanie très développée, et devenait complètement folle. Il fallut, un mois après son opération, l'envoyer à Sainte-Anne.

Une autre malade m'est envoyée par le Dr Lambert; elle se plaignait de douleurs intolérables, elle ne pouvait marcher; depuis des mois, elle était confinée dans son lit. Or ces plaintes ne correspondaient nullement à ce que nous pûmes trouver. Elle avait une déchirure du périnée, qui permettait à un peu de rectocèle de se produire. L'utérus présentait de la métrite catarrhale. Je lui fis une colpopérinéorrhaphie et un curetage. Immédiatement après, sans avoir quitté son lit, elle se prétendait soulagée, en effet un mois après, elle s'en allait de mon service marchant et se croyant guérie.

Mais j'eus bientôt de ses nouvelles, elle m'écrivit des manuscrits pour se plaindre des médecins, qui l'avaient soignée, me demandait des certificats; et donnait bientôt la preuve d'une véritable aliénation, caractérisée par du délire de persécution. Mais l'avais-

je guérie de ses douleurs? Oui, de ses douleurs pelviennes, mais non d'autres douleurs qui remplacèrent celles que je lui avais enlevées. Car à l'heure actuelle elle se plaint de douleurs névralgiques de la tête, de l'estomac, pour lesquelles elle est venue de nouveau me consulter; et cette fois je ne lui ai pas proposé de lui enlever son estomac douloureux, qui la préoccupe autant que sa déchirure du périnée.

Une troisième malade atteinte d'un gros kyste de l'ovaire a été opérée par moi en ville en 1884. Elle avait été déjà enfermée trois ans auparavant. Quand je la vis elle avait repris l'usage entier de son intelligence. Je lui fis la laparotomie, huit jours après elle était de nouveau folle, atteinte de manie, et elle était deux mois après mon opération enfermée dans une maison de santé. Là sa manie s'aggrava, elle gâtait sous elle; et le pronostic porté par le médecin de l'établissement fut très grave. Rappelé par la famille, j'eus l'idée de demander si cette recrudescence du mal correspondait à une époque de règles. En effet elle était à une époque; les règles n'étaient pas venues depuis l'opération. Je conseillai de mettre des sangsues, et de faire une saignée abondante. Immédiatement le mieux se produisait; la malade reconnaissait son entourage, et quelque temps après elle quittait la maison de santé. Cette observation m'est personnelle, mais si je ne craignais d'abuser de la Société je pourrais la rapprocher de beaucoup d'autres observations semblables, qui ont été publiées et qui montrent que les opérations sur l'appareil ovarien et utérin chez les femmes prédisposées à la folie, n'est pas sans danger, et peut aggraver singulièrement leur état. M. Meuriot dernièrement me parlait de plusieurs laparotomisées ou hystérectomisées, qui ont abouti dans sa maison de santé.

D'ailleurs si on y réfléchit, ce fait n'a pas lieu de nous étonner; nous connaissons les folies puerpérales, les troubles mentaux de la ménopause, les folies liées aux troubles de la menstruation. Je crois donc qu'on peut conclure en disant que, à moins d'indications urgentes, de lésions graves, il faut être très prudent de toute intervention sur de pareilles malades.

D'ailleurs cette opinion ne m'est pas personnelle; bien des laparotomistes l'ont formulée.

Lawson Tait dit qu'après les opérations abdominales il y a parfois des accès de mélancolie aiguë. Sept fois il aurait fait des opérations sur des aliénés, et toujours il a constaté l'aggravation des symptômes.

Spencer Wells encore plus sévère dit que celui qui fait l'oophorotomie contre la folie est lui même un fou.

Il me reste à vous parler de l'hystérie, qui nous donne le plus

gros contingent de névralgies pelviennes. C'est très probablement à cette classe qu'appartiennent les malades, qui ont fait le sujet des observations de M. Richelot.

L'hystérie est à l'heure actuelle une maladie si commune, qu'elle n'en est pas une. Peu de femmes en sont indemnes. Mais cet état peut être peu, beaucoup ou très prononcé. Quel que soit son degré de développement il se caractérise essentiellement par des troubles de la sensibilité, qui le plus souvent sur certains points est exaltée. Cette hyperesthésie fait des hystériques des douloureuses, tourmentées par des névralgies, que la moindre excitation périphérique peut faire naître, mais qui ont pour cause primitive une irritabilité toute spéciale du système central.

Dans ces conditions la moindre lésion peut devenir l'appel de douleurs atroces, qui se localisent; et l'intensité de la douleur, sa disposition avec la lésion, accuse le degré de nervosisme.

En tenant compte de ces faits, nous comprenons les différences si grandes au point de vue de la douleur, qui séparent les malades atteints du même trouble pathologique.

Pour telle femme une métrite, une déchirure du col seront choses négligeables, dont elle ne se plaindra pas ou fort peu et que nous découvrirons par hasard, tandis que chez d'autres les mêmes affections deviendront l'origine d'une souffrance vive, de tous les instants.

C'est ainsi qu'à moins de lésions sérieuses, nous ne voyons guère dans notre cabinet, se plaignant de l'appareil utéro-ovarien que des nerveuses. Supprimez l'hystérie, vous verrez vite se désemplir le cabinet des gynécologues.

L'attention étant attirée sur ce point, on arrive vite, en relevant les symptômes classiques de l'hystérie, à se persuader que l'acuité de la douleur dépend le plus souvent, bien plus de l'état général que de l'état local.

Dans cet ordre d'idées, j'accepte l'opinion de M. Quenu sur les ovaires à petits kystes. Je ne crois pas que ces ovaires à petits kystes, constituent une lésion bien grave. Bien peu de femmes ont des ovaires indemnes de cette lésion. L'année dernière j'avais prié un de mes anciens externes, M. Sainton, à ce moment dans un service de médecine, de vérifier dans les autopsies l'état des ovaires. Il me disait que presque toujours il constatait ces petits kystes, et que cependant beaucoup de ces malades ne s'étaient plaintes de rien pendant la vie. Si je remarque de plus que toutes celles, que j'ai opérées étaient des nerveuses, j'arrive encore à dire qu'ici ce n'est pas la lésion qui fait la douleur; et avec cette pensée je deviens de plus en plus sobre d'opération dans de pareilles affections.

Et cependant il est incontestable, comme le faisait remarquer M. Lucas-Championnière, qu'on paraît les soulager, en leur enlevant ces ovaires kystiques, en détruisant les adhérences douloureuses.

Mais, comme le faisait remarquer M. Reclus, le plus souvent ce soulagement est momentané, et le bénéfice de l'opération ne se fait sentir que pendant quelques mois. Le fil qui a lié le pédicule, et qu'on laisse dans le ventre, les adhérences qui se sont formées autour de ce pédicule, deviennent de nouvelles épines qui réveillent, et localisent la douleur chez les malades, et souvent elles continuent à souffrir comme par le passé avec des ovaires en moins.

A l'appui je cite la statistique suivante qui montre bien l'influence du nervosisme sur les douleurs consécutives aux laparotomies.

Sur 15 malades que j'ai revues après laparotomie pour différentes lésions des annexes, 6 ne se plaignent de rien, et sont enchantées; elles n'ont que les bouffées de chaleur, et les malaises des suppressions de règles.

Cependant 3 avaient des salpingites suppurées, et 2 des kystes de l'ovaire du volume d'une orange, une troisième une salpingite hémorrhagique.

Sur les 9 autres malades, que j'ai revues, entre quatre et hui mois, j'en vois 5 qui ont des douleurs au moment de leurs règles' de la gastralgie, des points douloureux au niveau des pédicules; elles souffrent cependant moins qu'avant l'opération. Mais il faut dire que ces 5 malades avaient des lésions graves, salpingites suppurées pour 4, et salpingo-ovarite kystique, très adhérente pour la cinquième.

Les 4 dernières continuent à souffrir comme avant leur opération; pour 2 l'état général s'est même aggravé. Elles ont des crises d'hystéro-épilepsie, qu'elles n'avaient pas eu avant d'être opérées et elles souffrent des pédicules, comme elles souffraient de leurs ovaires. Or, il est à remarquer que les 2 femmes, qui sont si souffrantes, étaient celles qui présentaient le moins de lésions. L'une avait des ovaires à petits kystes très adhérents, l'autre, la même lésion, accompagnée de salpingite catarrhale. Les deux autres avaient des lésions plus sérieuses, des pyosalpinx.

Si je reprends les observations de ces 9 malades, qui continuent à souffrir, et si je les compare avec celles des 6 autres, je vois que tandis que les 6 premières avaient eu des suites opératoires bonnes, très peu de réflexes post-opératoires, les autres en avaient présenté plus ou moins, vomissements, gastralgie, et surtout de la dyspnée, qui est notée dans les 9 observations. Celles qui avaient souffert le plus de ces réflexes, étaient les 2 dernières. Une après avoir eu de l'étouffement pendant trois à quatre jours, avait

eu une gastralgie qui avait duré pendant sept jours et ne lui avait permis que de se nourrir de lait. L'autre avait eu des crises d'hystérie sous la chloroformisation, et une dans les huit jours qui avaient succédé.

L'aggravation fréquente de l'état hystérique après l'ablation des annexes, a été d'ailleurs notée par une quantité d'auteurs : à la suite des discussions auxquelles a donné lieu l'opération de Battey, de nombreux faits, analogues aux miens, ont été cités. Il n'est donc pas étonnant que ces malades continuent à souffrir; ce qui serait à mon avis surprenant c'est qu'on puisse arriver à les guérir définitivement.

Quant à la raison de ces succès momentanés, quelquefois si durables qu'ils paraissent une guérison, je crois qu'il faut en rechercher la cause dans la nature même de l'hystérie. Les hystériques sont éminemment suggestibles, et pour employer le langage physiologique, on produit facilement chez eux des phénomènes inhibitoires.

En les opérant, le chirurgien agit sur elles, comme le ferait une peur accidentelle, un traumatisme, ou certaines causes miraculeuses. C'est ce qui explique que vous pouvez réussir par des opérations fort variées et qui paraissent fort peu appropriées au mal, que vous vous proposez de soulager. On a guéri des malades par de simples laparotomies exploratrices, sans toucher aux adhérences, sans même toucher à des lésions véritables. M. Richelot nous en a cité des exemples, ainsi que M. Duplay.

D'autre fois le résultat a été obtenu en détruisant des adhérences très minimes qui d'ailleurs se reforment immédiatement après l'opération, de telle sorte que la malade qui souffrait de ses adhérences avant d'être opérée ne souffre plus de celles que l'opération a créées?

Une simple incision de la peau, comme dans le cas d'Israël a suffi; une pince mise sur le col par M. Terrier a pu également faire disparaître toute douleur.

Devant de pareils résultats. on comprend qu'on devienne très sceptique sur la valeur réelle des opérations, faites pour des névralgies sans lésion chez des hystériques, et qu'étant donnée la gravité particulière de certaines interventions, le coup de fouet que cela peut donner à l'hystérie, ou devienne très sobre, à moins d'indications très nettes telles que le diagnostic de lésions sérieuses, de pareilles opérations. Il ne faut s'y résoudre comme le faisait remarquer M. Verneuil, qu'étant bien sûr d'avoir essayé de tous les autres traitements, opposables aux douleurs névralgiques : séjour aux eaux, suggestion, douches, changement de séjour, etc Il vaut mieux avoir recours à tous ces moyens avant, qu'après

l'opération. On n'a qu'à voir dans certaines stations d'eaux, à Néris par exemple, la quantité de malades qui viennent demander un soulagement à leurs souffrances, soulagement que l'ablation de leurs annexes ou de leur utérus, ne leur a pas donné, pour se rendre compte de l'opportunité de cette réflexion.

Cependant, je conviens avec M. Richelot que l'on peut être acculé à la nécessité d'une opération, ressource ultime, qui vous reste, tous les traitements ayant été épuisés, même les opérasions fictives. Cette opération, qui devient dans ces conditions une opération exceptionnelle, quelle sera-t-elle ?

Ici, je partage l'opinion de M. Richelot. En présence d'une névralgie que rien ne calme, que n'explique aucune lésion appréciable, qui ne rentre pas dans les névralgies que j'ai étudiées en premier, névralgies neurasthéniques, ou symptomatiques de lésions médullaires, je crois que l'hystérectomie avec l'ablation des annexes devient l'opération de choix, et doit être préférée à la laparotomie. J'ai deux observations qui semblent le prouver.

Ma première observation se rapporte à une femme très nerveuse, présentant des symptômes hystériques prononcés, rétrécissement du champ visuel, crises de nerfs, etc., qui avait dans un service de chirurgie subi l'opération de Battey pour un corps fibreux petit, peu volumineux. Elle revint un an après cette laparotomie dans mon service se plaignant de douleurs dans le ventre exaspérées par la pression sur le pédicule. Cette malade prétendait ne pas pouvoir travailler, et demandait une nouvelle intervention.

Je lui ai pratiqué, le 28 février dernier, l'hystérectomie, pour lui enlever un utérus fibromateux du volume du poing. Avec l'utérus, j'amenai en même temps les pédicules, résultant du Battey, et sur lesquels se trouvaient les fils de soie, cachés dans un magma d'adhérences.

Les suites de l'opération furent très simples. La malade quittait l'hôpital vingt jours après complètement guérie. Je l'ai revue trois mois après; elle disait ne plus souffrir.

La seconde malade était une jeune femme de 24 ans, que j'avais ovariotomisée, le 23 avril 1891, pour une salpingite purulente double. A la suite de cette laparotomie, elle avait eu des réflexes post-opératoires très accusés; crises d'étouffements, gastralgie. Le 22 juin, elle sortait guérie. Pendant deux mois, elle ne se plaignit de rien. Elle me revint à la fin d'août, accusant des douleurs dans le ventre, douleurs qui siégeaient au niveau des pédicules. Ces souffrances, qui ne la quittaient pas, s'exaspéraient au moment des époques de règles. Nous la traitâmes par des douches froides, de la valériane, du bromure. Au bout de quatre mois, elle était un

peu améliorée; mais ce mieux ne durait pas et, dans l'impossibilité de travailler, elle rentrait dans mon service en janvier 1892.

Depuis trois mois, un écoulement séro-sanguinolent tachait son linge. Cet écoulement n'était pas expliqué par l'état de l'utérus, qui était petit, atrophié, et ne paraissait pas malade, si ce n'est qu'il était couleur violacée et paraissait dans un état de congestion perpétuelle. Devant ces symptômes, devant l'insistance de la malade qui déclarait qu'il lui était impossible de gagner sa vie et de travailler, je me décidai à enlever cet utérus qui, vu l'ablation des annexes, était devenu un organe inutile. Je lui pratiquai, le 23 janvier, l'hystérectomie; en enlevant l'utérus, j'enlevai les pédicules qui résultaient de ma première opération, et sur lesquels je retrouvai les fils de soie.

Les suites de l'opération furent très simples. Depuis j'ai revu la malade en octobre, huit mois après cette dernière intervention. Elle est considérablement améliorée. Cependant, elle n'est pas encore complètement guérie; elle se plaint encore de souffrir au niveau de sa cicatrice vaginale, et reste toujours aussi nerveuse, pleurant facilement, et ayant des crises de nerfs comme par le passé.

Ainsi, voici deux malades pour lesquelles, pour des douleurs, je me suis vu obligé d'avoir recours à une hystérectomie vaginale après laparotomie. Une paraît avoir été complètement guérie, l'autre a été très améliorée par la seconde opération, et a pu reprendre ses occupations.

Ces deux faits viennent donc à l'appui de l'opinion de M. Richelot. Si on se décide à faire une opération, l'opération qui paraît devoir donner les meilleurs résultats, est l'hystérectomie vaginale, probablement parce qu'elle laisse moins d'épines qui peuvent devenir le point de départ de nouvelles douleurs. Mais encore une fois, cette décision ne doit être prise qu'*exceptionnellement;* car si vous pouvez guérir votre malade, vous pouvez échouer ; *qu'on fasse la laparotomie ou l'hystérectomie,* les malades restent aussi nerveuses qu'avant; et je terminerai en citant l'exemple d'une malade, que j'ai vue ce matin se tordant dans son lit et hurlant pour de la cystalgie, sans cystite, survenue vingt jours après une hystérectomie pour un fibrome utérin. L'hystérectomie ne lui a sûrement pas calmé les nerfs, ni supprimé tout point douloureux. Je conclus en disant :

Qu'en présence de douleurs pelviennes très vivement exprimées, et qu'aucune lésion appréciable n'explique, il faut être très réservé de toute opération. Avant d'en proposer, il faut, par une étude minutieuse des malades, essayer de diagnostiquer l'état nerveux spécial, auquel se rattachent ces douleurs. Ce diagnostic,

bien que difficile, n'est pas impossible, si le chirurgien cherche avec soin tous les symptômes, si bien étudiés dans ces derniers temps par l'école de la Salpêtrière. Ce diagnostic est d'autant plus important que, pour toute une classe de malades, les médullaires et les neurasthémiques, *les opérations sont dangereuses*. Dans les névralgies liées à l'hystérie, vous aurez d'autant plus de chance de guérir que vous aiderez les résultats de votre opération par une thérapeutique médicale appropriée qui, appliquée seule, souvent pourra suffire.

M. Kirmisson. Je crois utile de citer, à propos de cette discussion, une intervention de cette nature. Il s'agissait d'une jeune femme hystérique, présentant des douleurs extrêmement vives, sans localisation précise. Pressé par le médecin de la malade et connaissant les cas de Battey, je pratiquai la castration; les ovaires étaient petits, scléreux, sans lésion nettement accentuée. Le résultat fut presque nul; au bout de cinq à six mois, les douleurs revinrent tout aussi violentes qu'auparavant et ne purent être calmées par aucun moyen. C'est la seule fois que j'ai opéré dans ces conditions.

Les relations entre l'hystérie et les névralgies sont difficiles à établir; je pense qu'il y a lieu de chercher à se rendre compte si les accidents nerveux sont entretenus par une lésion; dans le cas contraire, il n'y a pas lieu d'intervenir.

La même conduite s'impose dans le cas d'irritation spinale ou d'arthralgie sans lésion appréciable de la jointure; toute intervention est frappée d'avance de stérilité.

M. Terrillon. Depuis 1886, j'ai opéré dix cas de ce genre en prenant soin de ne pas opérer d'hystériques. J'ai dû cependant opérer quatre de ces malades et j'ai eu quatre insuccès. Ces malades ont souffert de nouveau environ trois mois après l'intervention et peut-être même avec plus d'acuïté qu'auparavant. Au contraire, chez six autres malades non hystériques, j'ai eu cinq succès; la dernière opération ne date que de six mois et je n'oserais en compter le résultat comme définitif. Les cinq autres n'ont plus aucune douleur. Dans tous ces cas, j'ai toujours constaté l'absence de lésion avant l'opération. J'ai cependant trouvé quelques filaments péri-ovariens, quelques adhérences et, bien entendu, souvent de petits kystes dont je ne tiens guère compte.

Pour les hystériques, je préfère l'abstention.

Névralgies pelviennes.

M. Routier. Comme tous mes collègues, j'éprouve le besoin de dire à M. Richelot combien est vague cette qualification de « grandes

névralgies du bassin. » Nous savons tous que c'est là un des symptômes les plus habituels des lésions que nous groupons, à défaut de connaissances plus parfaites, sous le nom d'ovaires scléro-kystiques, aussi bien chez les femmes nerveuses que chez celles qui ne le sont pas; et je ne parle pas de ces utérus douloureux dont nous ne savons pas autre chose, sinon qu'ils sont très douloureux.

Je rappellerai, en outre, qu'au début de tous nos travaux sur les lésions des annexes de la femme, nous avons tous reconnu, dans les suites éloignées de leur traitement, que le symptôme *douleur* était celui qui faisait le plus parler de lui, et que la persistance ou le retour de ce symptôme était en raison inverse du degré des lésions présentées par les annexes enlevées.

Il est des cas plus complexes, et c'est pour en citer un tout récent et très topique que j'ai demandé la parole.

Au mois de septembre, à l'hôpital Cochin, vient une jeune fille de 22 ans qui se plaignait de violentes douleurs dans le ventre, au point de ne pouvoir plus travailler depuis cinq ou six mois.

Elle avait passé, au préalable, un an avant, dans le service de M. Pozzi, et y avait subi une laparotomie pour salpingite. « On n'avait, nous disait la malade, enlevé qu'un côté, le côté droit ».

Je triomphai un moment. Vous savez que j'ai soutenu contre M. Pozzi qu'il valait mieux faire un sacrifice complet que d'être forcé de recourir à une seconde laparotomie.

Je fis chercher son observation chez M. Pozzi, mais, par ce temps de vacances, il fut impossible de se la procurer.

Ceci dura tout le mois de septembre environ; entre temps, j'examinai plusieurs fois cette malade et voici quel fut à tous coups le résultat du toucher :

Utérus petit, mobile, à orifice de nullipare; on le prend très bien entre le doigt vaginal, et la main sur la paroi abdominale; à droite, on ne trouve rien; mais, à gauche, on sent une petite tuméfaction douloureuse qui correspond bien à la région des annexes.

En fin de compte, je me décidai à refaire une laparotomie, et voici ce que je trouvai :

La cicatrice était parfaite, mais adhérente par toute sa face péritonéale à un gros paquet d'épiploon qui avait pris l'aspect de celui que nous sommes habitués à voir dans les hernies; je réséquai tout cet épiploon, puis, cherchant l'utérus, je trouvai un petit utérus infantile privé de ses deux annexes.

J'avais donc pris ce bouchon épiploïque pour le corps utérin, et l'utérus très mobile venait sur les bords de la masse jouer le rôle des annexes; je dois dire à mon honneur que je n'avais à

aucun moment cru sentir l'ovaire ou la trompe comme c'est fréquent.

J'ai recousu le ventre, à un seul plan de suture cette fois, ma cicatrice est très bonne et, comme la malade ne souffre plus, j'en conclus qu'elle ne doit plus avoir d'adhérences.

Ici donc, c'étaient des adhérences, si j'avais voulu poursuivre du côté des organes génitaux, j'aurais enlevé l'utérus sans profit aucun pour la malade.

Il faut donc, dans ces cas de douleurs pelviennes, savoir agir autrement que par les fameux moyens radicaux qui, si j'en crois ma petite expérience, sont vite épuisés sans résultat, et ont le fâcheux inconvénient de faire verser dans la morphine des malades qu'on peut guérir autrement.

Je ne puis qu'appuyer les conclusions de M. Richelot en disant, comme lui, qu'on ne saurait trop examiner les malades, poursuivre le diagnostic, mais que celui-ci est souvent fort obscur, et qu'on doit très souvent s'en tenir à l'indication des symptômes.

M. Pozzi. Cette question est déjà ancienne et revient périodiquement depuis que Battey l'a abordée. Il y a lieu de distinguer les faits en deux catégories, ceux dans lesquels il y avait une lésion, adhérences, dégénérescences de l'ovaire, etc., et ceux où toute lésion fait défaut. Le premier devoir du chirurgien est donc de distinguer ces cas. Certaines névralgies sont symptomatiques d'une petite lésion et l'élément *douleur* peut devenir assez important pour devenir la source d'une indication opératoire; toutes les fois qu'en même temps, il y a une lésion matérielle, même très petite, il y a indication.

L'autre catégorie comprend des douleurs sans lésion *appréciable*. Est-on autorisé dans ces cas à intervenir soit par la laparotomie soit par l'hystérectomie vaginale? Il faut commencer par établir que toute une thérapeutique éclairée a été épuisée.

Un grand nombre de femmes en effet souffrent beaucoup dans la région des annexes ou de l'utérus pour beaucoup de raisons différentes; pour les unes, c'est l'ovarialgie des hystériques; pour les autres, c'est la névralgie iléo-lombaire. Enfin les douleurs peuvent être symptomatiques d'une foule de lésions très minimes et qui passent parfois inaperçues du clinicien; telles sont les douleurs qui accompagnent une déviation ou une flexion de l'utérus, ou qui sont produites par la mobilité excessive de l'utérus ballotant en tout sens dans le bassin ou par une déchirure cicatrisée du col avec le clou cicatriciel hyperesthésique signalé par Emmet. Toutes ces causes peuvent engendrer la *névralgie pelvienne;* si elles sont méconnues, on peut faire une grave mutilation et guérir

sa malade ; mais la guérison aurait pu être obtenue à beaucoup moins de frais. Le grand danger est de faire un diagnostic qui ne soit pas absolument précis.

Il importe dans toute observation, ayant la prétention d'être probante, de bien spécifier l'absence de toutes ces causes de douleurs.

Cependant chez quelques femmes on peut être amené à opérer pour une dysménorrhée intense, indépendante de lésion appréciable, avec réflexes excessifs — j'ai moi-même opéré dans ces conditions. — Les résultats sont des plus variables et je suis assez disposé à opérer en pareil cas, sauf en certaines circonstances spéciales. J'en signalerai une :

L'opération peut alors se trouver indiquée par le développement incomplet des ovaires, des trompes et de l'utérus, bien décrit par Freund ; cet état entraîne de violentes douleurs et une dysménorrhée des plus pénibles; l'opération peut alors amener une guérison complète.

En résumé, je réserve l'intervention : 1° aux petites lésions bien constatées ; 2° aux dysménorrhées d'origine ovarienne graves, et en particulier au cas de développement incomplet des organes génitaux internes. Au contraire, chez les hystériques avérées (qui sont celles chez qui on peut le plus souvent rencontrer les grandes douleurs d'ovarialgie) presque toujours la castration est sans résultat. J'ai cependant deux observations chez des malades de ce genre où j'ai obtenu des guérisons presques complètes par l'hystérectomie : dans un cas, une contracture hystérique ancienne a disparu d'une façon définitive. Il est vrai de dire que j'avais trouvé un développement incomplet des trompes. Dans l'autre cas des douleurs dysménorrhéiques intenses paraissaient provoquer des crises d'hystéro-épilepsie. L'opération amena leur disparition.

Quelle est la meilleure opération ? Dans les cas de lésion des ovaires, je préfère l'ablation par la voie abdominale qui, pour les petites lésions, est si facile, si bénigne. Dans les cas purement nerveux, sans lésion apparente, où l'opération est faite pour une dysménorrhée intense avec réflexes nerveux graves, je suis partisan de l'hystérectomie, c'est-à-dire de la castration utéro-ovarienne (j'ai indiqué cette préférence en août 1891 dans la *Revue de Chirurgie*).

Mais je termine en répétant qu'il faut être plus que sévère dans le choix des indications. C'est ici surtout que s'applique la vieille maxime : *Ars tota in observationibus.*

Présentations de malades.

1° *Arthrodèse du genou pour une articulation ballante.*

M. Schwartz. J'ai l'honneur de vous présenter une femme de 22 ans, qui a été opérée dans mon service et où j'ai eu pour assistant le Dr Rieffel.

Cette jeune fille, très forte comme vous le voyez et d'une très bonne santé habituelle, fut prise au mois d'octobre 1891 de tous les symptômes d'une arthrite suraigüe du genou avec épanchement considérable, d'après le gonflement intense qui se manifesta. Traitée chez elle par l'immobilisation et les pointes de feu, elle vit les accidents diminuer, mais la marche resta impossible.

A son entrée dans notre service en décembre 1891, nous constatons la guérison des accidents aigus, mais la jambe possède des mouvements très étendus de latéralité sur la cuisse pendant l'extension.

Il semble que tout l'appareil ligamenteux ait été distendu ou détruit. Appareil inamovible pendant un mois.

Au bout de ce temps les mouvements anormaux ont plutôt augmenté et nous nous décidons à lui produire une ankylose artificielle, en lui pratiquant une arthrodèse.

Opération le 23 janvier 1892. Incision comme pour la résection du genou. Ablation de la rotule. Surfaces articulaires tout à fait saines. Mais destruction des ligaments croisés, pas de traces de fongosités. Abrasion à l'aide d'un fort bistouri des surfaces articulaires du tibia et du fémur. Sutures de la capsule et des ligaments latéraux. Pas de suture osseuse. Immobilisation immédiate.

Au bout d'un mois, par suite de l'emploi d'un fil non stérile, un petit abcès se forme sous le lambeau; il est facilement évacué et l'incision se cicatrise peu à peu; après l'incision d'un nouvel abcès à la partie interne tout contre le précédent, la guérison marche très rapidement et tout est fermé vers le 15 avril.

La malade commence à se lever en mai; nous avons constaté auparavant que l'ankylose est absolument solide; elle se tient bien droite et n'a qu'un très léger raccourcissement tenant à un très léger degré de flexion de la jambe sur la cuisse.

Elle retourne chez elle en juin et revient nous voir il y a quelques jours marchant très bien et heureuse du résultat de son opération.

Vous pouvez constater que la soudure est complète et très solide, que le membre est presque en rectitude; que la malade marche

sans boîter d'une façon apparente, grâce à ce que du côté opéré elle porte une bottine avec une semelle un peu moins élevée que du côté sain.

Discussion.

M. Quénu. Le résultat obtenu par M. Schwartz est très satisfaisant. Il y a des cas où il serait utile d'obtenir aussi bien, par exemple, dans l'arthrite sèche, avec jambe de polichinelle. J'ai opéré dans ces conditions un homme de 50 ans ; j'ai fait une opération aussi complète que possible, réséqué la synoviale, gratté les cartilages ; j'ai même réuni le tibia et le fémur par une plaque métallique. Je n'ai obtenu qu'un résultat incomplet et il a persisté de la mobilité et de la douleur.

Les cas où cette indication paraît surtout utile à remplir sont précisément suivis des moins bons résultats.

M. Lucas-Championnière. Je crois que la résection est supérieure à l'arthrodèse et que le grattage des surfaces articulaires ne vaut pas le trait de scie qui les enlève. Il n'y a que peu de différence dans l'opération et les résultats doivent être plus sûrs après la résection. Une résection économique est tout aussi simple et me semble devoir être plus avantageuse.

M. Schwartz. L'arthrodèse est plus simple ; il est plus facile d'enlever les cartilages articulaires au bistouri que de donner un coup de scie sur les os dans les limites précises que l'on cherche.

Je suis très partisan de la résection que j'ai pratiquée dans un grand nombre de cas ; mais ici l'arthrodèse suffit.

2° *Résection du sommet du poumon droit pour tuberculose au début. Résultat éloigné* (18 mois).

M. Tuffier. Le malade que je vous présente a subi il y a dix-huit mois la résection du sommet du poumon droit pour une tuberculose au début limitée à ce niveau. Dans la séance du 12 mai 1891 je vous ai indiqué les expériences, les recherches et les opérations qui m'avaient conduit à cette tentative et je vous ai présenté le manuel et le résultat opératoires. Incision dans le deuxième espace intercostal, décollement de la plèvre pariétale et formation d'un pneumo-thorax extrapleural, examen du poumon hernié à travers l'incision. Ligature à 1 centimètre au-dessous de toute lésion appréciable. Ablation du sommet et des noyaux tuberculeux examinés et reconnus bacillaires au laboratoire de M. Cornil. Réunion

par première intention. Le neuvième jour vous avez vu la cicatrice. L'auscultation révélait une respiration parfaite du sommet à la base de la poitrine sans trace de pneumothorax.

Depuis cette époque cet homme a repris son travail, il n'a plus toussé, et n'a eu aucune hémoptysie. Sa cicatrice ne l'a jamais gèné et il peut travailler et courir sans aucune dyspnée. Son état géné al s'est complètement transformé et cela sans alimentation particulière, et sans autres précautions hygiéniques que celles de la vie commune. Au lieu du garçon malingre que je vous ai montré, vous voyez un homme assez fort, son poids s'est accru de 7 kilogrammes. Je l'ai fait ausculter à l'hôpital Baujon ce matin même par M. le Dr Gombault. La respiration est aussi nette du côté opéré que du côté sain, il n'y a aucune différence entre les deux poumons. La compensation est donc restée complète et il n'y a pas eu trace de récidive.

J'avais promis à la Société, dans ma présentation du mois de mai 1891, de lui rendre compte des suites de mon opération, c'est ce qui m'a fait vous présenter à nouveau ce malade (1).

3° *Double amputation de Chopart.*

M. Berger présente un malade auquel il a pratiqué une double amputation de Chopart. Le résultat fonctionnel est excellent ; l'opéré marche avec la plus grande facilité.

L'amputation a été faite d'un côté par le procédé ordinaire, du côté opposé par le procédé en raquette.

Élections.

Commission pour examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire.

Nombre de votants, 29. — Majorité, 16.

Sont nommés :

MM. Marchand........................ 25 voix.
Prengrueber.................... 24 —
Tuffier........................ 27 —

[1] Voy. *Semaine médicale*, 15 mai 1892, et *Thèse de Richerolles*, 1892.

Commission pour l'examen des thèses présentées pour le prix Duval.

Nombre de votants, 25. — Majorité, 13.

Sont nommés :

MM. Marjolin	25	voix.
M. Sée	25	—
Segond	25	—
Pozzi	24	—
Delorme	24	—

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 23 novembre 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Deux brochures (en allemand). 1° *Contributions à la connaissance des corps étrangers de l'œsophage;* 2° Sur *la résection dans les hernies gangrenées*, par M. Carl Beck (de New-York);

3° *Deux opérations de Hoffa pour luxation congénitale de la hanche*, par M. Broca (M. Kirmisson, rapporteur).

Suite de la discussion sur le traitement chirurgical des névralgies pelviennes.

M. le Dr Bousquet (de Clermont) envoie l'observation suivante relativement à la question soulevée par M. Richelot à la dernière séance [1].

[1] Note lue par M. le Secrétaire général.

Névralgie abdominale rebelle. Castration. Guérison temporaire. Reprise des douleurs.

En 1888, Mme B., âgée de 32 ans, mère de cinq enfants, vient me consulter pour des douleurs intolérables qu'elle éprouve dans l'abdomen. Ces douleurs, localisées à la région ovarienne gauche, envahissent tout ce côté du ventre et forcent la malade à passer une partie de ses journées allongée; il s'y joint fréquemment des vomissements. Toute la médication en usage en pareille circonstance est successivement employée avec le même insuccès. Une première saison aux thermes de Royat amène une légère amélioration, puis, dans le courant de l'hiver, les accidents reparaissent plus forts. Enfin, au mois d'août 1889, après une nouvelle saison aux eaux, voyant qu'elle n'avait aucune amélioration, Mme B. me demande de lui enlever l'ovaire. J'accède à son désir et, le 8 août, l'ovaire gauche est enlevé. Cet ovaire plus volumineux que celui du côté opposé ne présentait aucune altération apparente, pas trace de kyste. L'ovaire droit qui était absolument sain est laissé en place.

Les suites de l'opération furent simples, au bout de quinze jours la malade se levait. Les douleurs avaient entièrement disparu et pendant un an nous pouvons croire à une guérison radicale. Mme B., très active, vaquait aux soins de son ménage, avait retrouvé la gaieté et l'appetit, et engraissait à vue d'œil. Mais, après un an, pendant l'hiver de 1890, les douleurs reparurent et, depuis cette époque, mon opérée a perdu le bénéfice de l'intervention, elle souffre autant qu'avant et ne peut se livrer à aucun travail.

M. Richelot. Messieurs, je me trouve, à la fin de cette discussion, dans une situation qui n'a rien d'embarrassant, car je suis à peu près d'accord avec tout le monde.

En prenant la parole, je n'ignorais pas le péril auquel je m'exposais et les reproches qu'on aurait pu m'adresser si j'avais été moins prudent. Le péril, je l'ai signalé dès le début, et j'ai d'avance écarté les reproches en prenant maintes précautions oratoires. Si j'examine les critiques adressées par mes collègues, moins à ce que j'ai dit qu'à ce que j'aurais pu dire, je trouve qu'il n'en est pas une à laquelle ne réponde quelque passage de ma communication.

Votre sentiment général est que, dans les pures névralgies pelviennes, il faut agir avec la plus extrême réserve, le plus souvent s'abstenir et n'opérer qu'à titre exceptionnel. J'ai dit cela en termes explicites au commencement, au milieu et à la fin du travail que je vous ai présenté.

Comptez, d'ailleurs, mes opérées; il y en a une quinzaine. Songez au nombre énorme de femmes nerveuses qui nous passent entre les mains depuis que nous faisons de la chirurgie abdominale, et

dites si la somme de mes observations vous donne l'idée d'une pratique tumultueuse et aveugle.

Donc, je savais qu'il n'était pas sans danger de venir vous parler des névralgies pelviennes; mais ce que j'ignorais, et ce que je ne vois pas encore, c'est la grande obscurité qui règne sur la question. Elle me paraît assez claire, je l'avoue, à moins qu'on ne veuille l'embrouiller à plaisir. Et pour le démontrer, je vais essayer de répondre aux objections qui m'ont été faites.

M. Reclus, le premier, m'a demandé comment j'établissais le diagnostic d'une grande névralgie pelvienne, quelle définition clinique j'en pouvais donner, à quel critérium j'avais recours pour justifier mon intervention. A coup sûr, je ne commets pas la faute de confondre sous cette dénomination toutes les femmes qui ont des douleurs vives. Il y en a qui souffrent beaucoup pour de petites lésions du col ou de la cavité utérine; je n'appelle pas névralgies pures les douleurs qui accompagnent une rétroversion. Un simple curage, une réparation du col, une manœuvre qui redresse l'utérus, font cesser du jour au lendemain des douleurs intenses. Les irrigations d'eau chaude, pratiquées avec méthode, font résorber les exsudats de la périmétrite et calment temporairement des annexes gravement enflammées. Il y a donc une « petite gynécologie » qui fait déjà beaucoup de bien; il y en a une moins élémentaire, plus chirurgicale, mais réservée et prudente, qui analyse les lésions et les répare sans détruire aucun organe. Celle-là ne considère pas l'utérus comme une quantité négligeable; elle lui attribue, au contraire, beaucoup d'actes morbides; elle le traite et le guérit patiemment. Elle n'admet pas que l'ouverture du ventre et l'ablation des ovaires soit le remède à tous les maux et tarisse infailliblement la source des douleurs, des pertes sanguines et de tous les réflexes dont la cavité pelvienne est le point de départ.

Cela dit, je vous rappelle que j'avais en vue, exclusivement, « les phénomènes douloureux graves, permanents, rebelles qui ont pour siège l'utérus et les ovaires, ne correspondent à aucune lésion, et s'accompagnent d'un état névropathique plus ou moins accentué », et que j'avais l'intention formelle de laisser de côté « l'hystérie vraie, sans localisations douloureuses dans le petit bassin ». Mis en demeure de m'expliquer davantage, je vais paraphraser en quelques mots cette définition.

Pour que j'admette une grande névralgie pelvienne, il faut d'abord que l'examen local soit resté absolument négatif. L'utérus est à sa place, non dévié; le col est de volume ordinaire, sans déformation; les culs-de-sac vaginaux ont conservé leur souplesse et n'offrent ni saillie ni empâtement d'aucune sorte. Mais il y a une

exquise sensibilité au toucher du col et des culs-de-sac, aux mouvements imprimés à l'utérus, et cela malgré l'intégrité des annexes. La palpation des régions ovariennes est aussi très douloureuse, et souvent la paroi abdominale se laisse à peine effleurer.

Quels sont les caractères de la douleur spontanée? C'est d'abord son *intensité*. Les malades souffrent terriblement, tous les jours, avec des redoublements et des crises; les rémissions incomplètes ne leur permettent pas de s'occuper sérieusement; elles marchent pliées en deux, quelques-unes sont immobilisées et gardent le lit. M. Pozzi trouve que le mot « grandes névralgies » est exagéré, emphatique. Pourquoi? N'y a-t-il pas des migraines tolérables qui laissent le malade aller et venir, et d'autres qui l'anéantissent, le rendent incapable de tout travail, l'obligent à changer de carrière? De même, nous voyons des femmes qui souffrent modérément, et que je me garderais bien d'opérer; si j'ai dit « grandes névralgies pelviennes », c'est précisément pour faire entendre que seuls les cas extrêmes peuvent amener une intervention.

Un second point, c'est la *durée*. Une seule de mes malades souffrait depuis deux ans; chez les autres, il fallait remonter à cinq, dix, treize et vingt ans. C'est alors que le mal est invétéré, et qu'on a bien peu de chances de le voir disparaître un beau jour par une émotion morale ou par une médication jusque-là négligée. Il ne m'est jamais venu à l'esprit d'opérer des femmes qui souffrent depuis six mois, ni même depuis un an, ni de penser qu'une extirpation d'organes fût alors nécessaire. Et quand on nous raconte l'histoire de ces malades qui, après avoir imploré notre intervention, déjouent subitement toutes les prévisions en guérissant toutes seules, il faudrait bien nous dire non seulement la quantité, mais l'ancienneté de leurs douleurs et s'il s'agit d'un organisme depuis longtemps affaibli, dompté, incapable de réaction, ou bien d'un état nerveux sans racines profondes et pouvant s'évanouir comme par enchantement, sous quelque influence inattendue.

Enfin, l'*incurabilité* reconnue, les malades ayant « épuisé toutes les ressources de la thérapeutique ». Cette formule est assez banale; n'a-t-on rien oublié? a-t-on mis en œuvre, surtout, les traitements les plus rationnels? Ici, répondant à M. Verneuil, j'avouerai qu'un bon nombre d'entre elles ont été soumises aux pratiques les plus inutiles : injections, tampons, cautérisations, électricité. Mais, d'autre part, il en est bien peu qui n'aient pris tous les médicaments qui réussissent contre la douleur : le sulfate de quinine et surtout le bromure de potassium, l'antipyrine et toutes les choses en *ine* de la thérapeutique moderne. Elles ont passé de mains en mains, ont été soulagées par quelques-uns, exploitées par beaucoup d'autres; on leur a conseillé de se dis-

traire et d'oublier qu'elles sont malades. Elles ont été aux eaux, mais n'en ont tiré qu'un mince bénéfice. Et alors, découragées, ayant perdu toute confiance, elles viennent à nous et réclament à grands cris une opération qui les délivre. Quelques-unes même, clouées dans leur lit et se nourrissant à peine, s'affaiblissent de jour en jour et sont gravement compromises. J'en ai cité une qui était presque mourante quand je lui ai porté secours (obs. XVI), et je ne l'ai pas sauvée. Une autre, qui est un triomphe pour la chirurgie, marchait à grands pas vers la même solution quand j'ai pu intervenir (obs. XI).

Telles sont les grandes névralgies pelviennes, et voilà dans quelles situations j'ai pu, sans être excessif, conseiller l'intervention chirurgicale. Je pense que les plus sages d'entre nous peuvent consentir, devant le tableau que j'ai tracé, à prendre le bistouri. Maintenant, reste à savoir quels résultats nous avons le droit d'espérer.

« Toute névralgie pelvienne, nous dit M. Quénu, est d'origine hystérique; or, les opérations contre les douleurs hystériques ne réussissent pas; donc, elles ne peuvent réussir contre les névralgies pelviennes. » Voilà un syllogisme parfait; mais j'en conteste les prémisses, et par suite la conclusion.

Il n'est pas vrai que toute opération chez une hystérique soit frappée d'impuissance. Une de mes malades (obs. II) avait tous les attributs de cette névrose, et la castration mit fin aux douleurs pelviennes, aux grandes attaques, à tous les troubles nerveux; elle est parfaitement guérie depuis vingt mois. Je l'ai opérée *malgré* l'hystérie, à cause de sa douleur extrême, et je sais fort bien qu'en pareil cas nous ne devons pas compter sur des guérisons franches. Néanmoins, les faits heureux ne sont pas niables.

Il n'est pas vrai, surtout, que les névraglies pelviennes aient toujours l'hystérie pour cause. En dites-vous autant de la migraine, de la sciatique et des autres névralgies? Pourquoi donc celles du petit bassin obéiraient-elles à une loi spéciale? Chez une de mes malades (obs. VI), les douleurs avaient commencé, huit ans auparavant, par un rhumatisme articulaire aigu; il y avait eu, en janvier 1891, une névralgie intercostale; puis elle avait séjourné à Necker, dans le service de M. Rendu, pour une bronchite, et finalement à l'hôpital Tenon, chez M. Dreyfus-Brisac, qui, loin d'en faire une hystérique, avait supposé une lésion grave des annexes. Une autre (obs. XIII), malade depuis vingt ans, avait eu pour la première fois, en 1891, une « attaque de nerfs » sur laquelle je n'ai pas de renseignements précis, et qui d'ailleurs n'était pas revenue; mais elle avait surtout, à part ses douleurs pelviennes, des troubles dyspeptiques (lavages de l'estomac) et une affection

mitrale arrivée maintenant à sa dernière période. Une troisième enfin (obs. XIV), depuis son opération, eut dans un avant-bras des douleurs qui passèrent avec de l'antipyrine et des manches de flanelle, puis un lumbago qui l'obligea de rester quelque temps au lit.

N'admettant pas les prémisses de M. Quénu, je ne puis m'étonner que sa conclusion soit démentie par les faits de guérisons solides et durables obtenues par moi et par d'autres. Il a pu dire, cependant, et MM. Terrier, Reynier, Pozzi ont répété que les résultats sont variables. Je l'ai dit moi-même, « il ne faut pas s'attendre à des résultats constants, absolus ». Mais notez que presque tous vous faites allusion à la seule castration ovarienne, M. Terrier n'a en vue que l'opération de Battey; MM. Reynier et Pozzi viennent seulement aujourd'hui, et sous conditions, à l'hystérectomie vaginale. Or, le but que je me suis proposé était précisément d'établir que l'ablation des ovaires seuls est souvent inefficace. Le siège de la névralgie est multiple; un utérus privé de ses ovaires peut rester douloureux; j'ai guéri une de mes malades en laissant les ovaires et en n'enlevant que l'utérus (obs. XII). Il faut donc faire un pas en avant, et reconnaître que, dans ces graves situations, l'hystérectomie vaginale est la meilleure des deux méthodes.

J'ai encore un mot à répondre à M. Reynier. Il nous recommande de ne pas opérer des neurasthéniques, des hypochondriaques, des folles; en vérité, je suis bien de son avis. Je ne demande pas mieux que de faire avec lui le départ des « fausses utérines », et je crois même qu'avec un peu d'attention, ce n'est pas très difficile. Je l'approuve, naturellement, de ne vouloir opérer que sur des indications très nettes, et à titre exceptionnel. Malheureusement, comme il n'admet dans la question que des folles ou des hystériques, je ne vois pas bien dans quelle catégorie de malades il pourra jamais trouver « des indications très nettes ». Mais je lui pardonne son profond scepticisme, en songeant qu'il m'accorde la supériorité de l'hystérectomie vaginale.

M. Verneuil me rappelle que les laparotomies exploratrices, les opérations simulées peuvent donner des résultats surprenants. J'ai publié, dans *l'Union médicale* du 15 septembre 1891, l'analyse détaillée d'un important mémoire de White (de Philadelphie), où sont étudiés « les effets curatifs des opérations *per se* » ; et quelque temps après (26 novembre 1891), une leçon de M. Duplay inspirée par ce mémoire et que la *Gazette des hôpitaux* a recueillie de son côté. Avant l'apparition du travail de White, j'avais présenté ici-même un série d'observations qui montraient bien l'influence merveilleusement curative de certaines laparotomies frustes, sans ablation d'organes (séance du 29 juillet 1891). Ces faits ne me sont donc

pas inconnus, pas plus que celui d'Israël; je sais que les opérations de ce genre peuvent très bien réussir, et j'en suis partisan toutes les fois qu'il y a des motifs sérieux pour éviter une mutilation. Mais il ne faut pas trop s'y fier. J'ai complètement échoué sur une hystérique, dans le courant de cette année; vainement j'ai voulu la délivrer, par une incision au-dessus de l'ombilic, de spasmes rythmiques du diaphragme dont elle souffrait terriblement. Dans la série de mes névralgies pelviennes, il y en a une (obs. VI) que je voulais absolument guérir sans rien enlever; j'ai laissé les deux ovaires et j'ai refermé le ventre, mais la douleur a continué de plus belle. Voilà pourquoi j'ai dit : « Parmi toutes ces façons d'agir, la plus réservée peut vaincre des accidents graves, et la plus radicale manquer son but, tant sont bizarres et capricieux les troubles dont il s'agit; mais les opérations *complètes et rationnelles* donnent le plus souvent de bons résultats, et c'est ce que je veux démontrer. »

On m'a beaucoup parlé de l'anatomie pathologique de l'ovaire. Êtes-vous bien sûr, m'a-t-on dit, qu'il n'y ait pas de lésions? J'avoue n'avoir pas fait d'examens histologiques, mais comme les vôtres sont négatifs, nous sommes logés à la même enseigne. J'ai trouvé des trompes de volume normal, sans adhérences; des ovaires dont le tissu était sain d'aspect, ou légèrement scléreux, ou parsemé de petites vacuoles insignifiantes. Une fois (obs. IV), la dégénérescence polykystique envahissait les deux ovaires, il n'y avait pas un atome de tissu normal; j'ai rangé le fait parmi les névralgies, parce que la femme a continué de souffrir après l'ablation des ovaires malades et n'a guéri qu'après celle de l'utérus, qui était sain.

Les petites lésions qu'on signale sont inconstantes et n'ont pas de signification précise. Ranvier, Malassez et Quénu sont d'accord pour trouver sains ou bien peu malades la plupart des ovaires douloureux qu'on enlève. Eh bien, Messieurs, quoi de plus clair? Et pour quelles raisons nous écrier toujours que nous ne savons rien, que nous vivons dans les ténèbres? Si Ranvier, Malassez et Quénu n'ont rien trouvé, c'est apparemment qu'il n'y a pas grand'chose. Est-ce que cela vous étonne? C'est l'éternelle question des névralgies *sine materiâ.* Si nous savions à quelle modification du cylindre-axe ou de la myéline correspond cette douleur, nous n'en serions guère plus avancés. L'ovaire n'est pas grand, et nous ne pouvons y découvrir que des choses fort petites. Quand on aura, aux détails histologiques déjà vus, ajouté quelques détails de plus, la lésion se dérobera toujours à l'examen clinique, les femmes ne souffriront ni plus ni moins, et les indications chirurgicales seront les mêmes.

J'ai gardé pour la fin un argument qui n'a pas été nettement

formulé, mais qui se devine dans vos discours : « C'est bien d'opérer les névralgies pelviennes, mais il ne faut pas le dire si haut. Prenez garde ! il y a de jeunes opérateurs qui vous écoutent et qui vont se lancer dans une voie funeste. »

Messieurs, cette proposition, dont j'accentue les termes à dessein, me laisse absolument froid. Elle tendrait à faire croire que de nos actes il faut faire deux parts, l'une qu'on peut divulguer à cette tribune, l'autre sur laquelle il est mieux de faire le silence, de peur d'être mal interprétés.

Quels sont donc ceux qui pourraient travestir nos déclarations et en tirer de si fâcheuses conséquences ? Si vous faites allusion à quelques mauvais esprits, ceux-là n'ont pas besoin d'être excités pour se livrer sur les malades à des entreprises illégitimes. Pour les autres, nous devons savoir parler notre langue assez clairement pour qu'ils ne puissent se méprendre sur les limites que nous assignons à l'intervention chirurgicale.

Si ma communication est dangereuse, il faut que M. Bouilly, par exemple, ait quelques remords de celle qu'il nous a faite un jour sur le curage utérin. Est-ce lui la cause des abus surprenants auxquels cette pratique donne lieu tous les jours ? Est-ce lui qui a mis la curette de Récamier dans la poche de tous les médecins, en leur disant qu'on pouvait, dès qu'une malade se plaint, la coucher en travers et faire quelques écorchures à sa muqueuse utérine pendant que sa bonne lui soutient les jambes ?

Non, il faut que nous puissions dire ici tout ce que nous faisons. Je sais bien qu'il court, dans les thèses et les mémoires, deux ou trois récits qui mettent en scène des chirurgiens anglais ou américains et des jeunes femmes mutilées à leur insu ; je sais bien que, sans quitter Paris, nous entendons des allusions discrètes à certains chirurgiens qui ont proposé de but en blanc la castration à des jeunes filles un peu souffrantes. Mais cela ne fait pas qu'il n'y ait, dans nos observations, des névralgies rebelles traitées et guéries opportunément ; cela ne fait pas que nous devions cacher les services qu'on peut rendre aux malades par une chirurgie audacieuse à propos et dans des conditions bien déterminées. Si nous craignons que de jeunes opérateurs à la décision prompte, fiers de leur savoir, entraînés par leur habileté naissante, ne viennent à abuser de nos conseils, il suffit de leur rappeler ce que M. Verneuil nous disait, tout récemment encore, en descendant de sa chaire de clinique : « Quand vous avez un acte à décider, demandez-vous d'abord s'il est honnête ; le reste vient tout seul. » J'ajoute : ayez avec cela quelque bon sens, et vous aurez toutes chances pour faire de la bonne chirurgie.

M. Pozzi. Je ne veux ajouter que quelques mots, pour préciser certains points sur lesquels j'ai déjà insisté. M. Richelot ne me semble pas avoir nettement répondu à ma question quand j'ai demandé ce qu'il fallait entendre par *grande névralgie pelvienne*. En écoutant tout à l'heure décrire les détails du tableau clinique que nous a présenté M. Richelot, j'ai trouvé beaucoup de choses différentes depuis l'ovarialgie hystérique, jusqu'à la simple névralgie lombo-abdominale et rien ne m'a donné l'idée d'une grande névralgie pelvienne proprement dite. Ce néologisme me paraît fâcheux parce qu'il peut, par son emphase même, justifier, aux yeux des malades, une intervention que M. Richelot lui-même ne manquerait pas de réprouver. Il n'y a pas plus de *grande névralgie pelvienne* que de *grande névralgie thoracique*.

Il ne m'a pas paru que les indications fussent bien nettes dans les observations que M. Richelot nous a présentées et on se demande encore ce qui peut guider le clinicien et surtout l'opérateur.

Pour moi, c'est une lésion *matérielle* qu'il s'agit de découvrir, si petite qu'elle soit, une petite lésion pouvant s'accompagner d'une grande douleur. En l'absence de cette lésion, l'indication peut être fournie très exceptionnellement par de grands troubles fonctionnels, avec *dysménorrhée* intense indépendante de toute lésion utérine. Ainsi que je l'ai dit, elle est alors (chez les nullipares) plus souvent qu'on ne le croit symptomatique d'un développement incomplet des organes génitaux. Je pense donc nécessaire de ne pas lancer dans la circulation ce mot de grande névralgie pelvienne qui me paraît dangereux et capable d'induire en erreur. Les faits demandent à être interprétés de plus près ; l'art est dans leur analyse exacte si l'on ne veut pas s'exposer à trouver des indications opératoires chez toutes les femmes nerveuses.

Je partage l'avis de M. Richelot sur un point ayant trait à l'hystérectomie avec ablation concomitante des annexes ; dans le cas de dysménorrhée intense avec troubles nerveux réflexes, sans lésion appréciable. Je préfère alors au Battey ce que Péan appelle la *castration utérine ;* elle doit être *utéro-ovarienne*. J'ai indiqué cette préférence il y a déjà longtemps, en août 1891, dans un article publié dans la *Revue de Chirurgie*.

M. Terrier. Il est probable que nombre de gens ont enlevé et enlèveront encore nombre d'ovaires et d'utérus sans raison ; ce que nous disons ici n'y changera rien.

M. Richelot nous dit : « Peu importe qu'on ne connaisse pas les lésions de l'ovaire » ; je suis d'avis, au contraire, qu'il serait fort nécessaire de connaître ces lésions ; il est probable qu'il y a dans ces cas ou des lésions locales ou des lésions de névrite ascendante.

Rien ne prouve qu'une femme ayant subi une ovariotomie ne puisse avoir une névrite ascendante qui pourra fournir l'indication d'une nouvelle intervention.

Je ne critique pas la conduite de M. Richelot; je tiens à affirmer que nous ne savons pas la cause ni la nature des lésions, mais je pense qu'il y en a et je suis étonné que M. Richelot n'ait pas la même opinion; car il sait très bien les difficultés et les causes d'insuccès du traitement des névralgies faciales dues sans doute à des lésions plus élevées et peut-être centrales.

M. Schwartz. Je ne veux pas retenir trop longtemps l'attention des membres de la Société, par des considérations sur la nature des troubles que notre collègue, Monsieur Richelot, a appelés grandes névralgies pelviennes; je me contenterai de répéter combien il est difficile de déterminer, même les pièces en mains, si tel ovaire ou telle trompe est véritablement le siège d'une altération pathologique; à ce point de vue l'histologie a fort affaire encore, et je crois avec MM. Terrier, Quenu, que la question actuellement posée ne pourra être résolue que lorsque nos connaissances des altérations tubo-ovariennes seront mieux assises. A cet égard, je me suis souvent demandé si dans les manifestations douloureuses qu'accusent certains malades, il ne fallait pas voir, non pas de simples névralgies, mais de véritables névrites des plexus partant de l'utérus, des trompes et des ovaires, et qui, comme toutes les névrites périphériques, peuvent par leur marche ascendante compromettre un résultat thérapeutique durable.

Tous les cas dont je vais vous rapporter sommairement les observations concernent des femmes accusant depuis de longues années des douleurs intolérables dans le bas-ventre, localisées plus spécialement à gauche, à droite, ou des deux côtés, avec irradiations vésicales, rectales, lombaires; se propageant aux membres inférieurs sans qu'aucune thérapeutique conservatrice ait pu en venir à bout.

Avant l'opération, il nous a été impossible de trouver une lésion de l'utérus ou des annexes bien appréciable et suffisante pour l'expliquer facilement. Aucune de nos malades ne présentait les stigmates d'hystérie.

Voici d'abord les faits de laparotomie avec castration.

Obs. I. — Femme de 30 ans : forte, d'un embonpoint remarquable, réglée à 12 ans 1/2 irrégulièrement, souvent deux fois par mois. Peu de douleurs au moment des règles. Elle se marie à 20 ans 1/2. Depuis son mariage ses règles deviennent irrégulières; elles s'arrê-

tent pendant deux, trois mois, une fois huit mois, si bien qu'on la croit plusieurs fois enceinte, sans qu'il n'en soit rien.

Vers l'âge de 15 ans, par conséquent 5 ans 1/2 avant son mariage, elle a commencé à souffrir dans les reins, les côtés et surtout le bas-ventre; sensation d'élancements arrivant par accès et s'irradiant de tous côtés. Le mariage n'a en rien modifié les douleurs, depuis six mois elles sont encore beaucoup plus violentes, si bien que notre malade ne peut plus se livrer à aucune occupation et demande une intervention; on lui a fait prendre des douches, des injections chaudes, on a appliqué tous les révulsifs et calmants possibles, rien n'y a fait.

L'examen nous montre un utérus mobile et normal peu douloureux au toucher; rien dans les culs-de-sac, le palper bimanuel fait apparaître un point très douloureux à gauche. Comme la malade est très grasse, nous faisons un examen sous le chloroforme; on sent manifestement ainsi les annexes des deux côtés mobiles et peut-être augmentées de volume. Nous pensons à l'existence d'une dégénérescence scléro-kystique des ovaires, et nous proposons la castration qui est pratiquée le 24 janvier 1891. Elle est un peu difficile à cause de l'épaisseur énorme de la paroi abdominale. Les annexes sont trouvées facilement des deux côtés, et au toucher il ne paraît y avoir aucune altération bien appréciable; à la vue, les deux ovaires sont blanc grisâtre, un peu plus volumineux et hérissés d'une multitude de petits kystes; les trompes paraissent normales. Castration des deux côtés.

Aucun incident à noter dans les suites.

La malade s'est guérie de son opération et n'a plus souffert depuis. Elle est revue en juillet 1892, dix-huit mois après l'intervention; elle a eu une seule fois une crise douloureuse, il y a deux mois environ, et depuis tout est rentré dans l'ordre. Nous ne l'avons pas revue depuis, ce qui nous indique qu'elle n'a pas été reprise de ses douleurs.

L'examen des ovaires et des trompes a été fait, et a montré les lésions des ovaires à petits kystes; aucune lésion des trompes.

Obs. II. — Jeune femme de 30 ans, sans antécédents héréditaires notables, a accouché il y a 7 ans d'une fille très bien portante. C'est depuis qu'elle ressent de très violentes douleurs dans le bas-ventre, des deux côtés, au niveau du rectum et aussi dans la vessie; depuis ses règles sont devenues moins abondantes; elle ne perd presque plus, mais en revanche souffre de plus en plus, si bien qu'elle se dit à bout de forces.

L'examen fait en mars 1891 permet de constater un peu d'endométrite muqueuse, un col gros mais non ulcéré, des culs-de-sac libres, mais un point douloureux très violent à gauche. Le palper et le toucher combinés nous montrent une augmentation de volume des annexes mobiles, et un point douloureux ovarique surtout à gauche; elle se plaint actuellement de vives douleurs généralisées dans tout le côté gauche, depuis l'épigastre jusque dans le petit bassin. Crises de gastralgie et de douleurs lombaires. Constipation opiniâtre, (fissure anale).

Miction douloureuse et fréquente sans que l'exploration de la vessie ni des reins ne donne aucun résultat.

Je fais le 25 février sous le chloroforme la dilatation de l'anus, puis le curettage de l'utérus après dilatation; j'eu profite pour palper les annexes qui me paraissent altérées quoique mobiles, et je pense à une dégénérescence scléro-kystique. Les douleurs anales sont calmées; mais tout le reste persiste et même s'accentue si bien que la malade réclame à grands cris une seconde intervention quelle qu'elle soit.

Le 16 avril je pratique la laparotomie et la double castration.

L'ovaire gauche est petit, parsemé d'une multitude de petits kystes, la trompe est rouge, de consistance plus dure, mais non augmentée de volume. L'ovaire droit est plus altéré que le gauche, quoique ce fût au côté gauche que la malade souffrît le plus; il était en prolapsus avec la trompe dans le cul-de-sac de Douglas; petits kystes sous-péritonéaux sur les deux trompes. Les résultats opératoires ont été excellents, mais les douleurs ne disparurent pas pour cela. Elles furent très atténuées en ce qui concerne le bas-ventre, mais s'accentuèrent au contraire pour la vessie; la cystalgie devint très intense et ne céda que lentement à la suite de plusieurs lavages de la vessie au nitrate d'argent au 1/500; quatre mois après, en août, l'état s'est considérablement amélioré; en novembre il est tel qu'elle peut être regardée comme guérie. Actuellement elle va très bien et se livre à ses occupations comme depuis longtemps elle ne pouvait le faire. En résumé bon résultat datant de quinze mois et obtenu quatre mois seulement après l'intervention.

Obs. III. — Il s'agit d'une femme de 40 ans, mariée, ayant eu deux enfants. Depuis quatorze ans elle souffre de douleurs excessivement vives, localisées surtout à droite, et qui ne lui laissent aucun repos. Les règles sont à peu près normales comme période, durée et abondance.

L'examen nous permet de constater l'intégrité complète de l'utérus, col normal, corps normal et situation normale aussi. Aucune trace d'endométrite. Le toucher et le palper combinés nous font sentir les culs-de-sac libres; toutefois à droite, côté le plus douloureux, il semble que les annexes très douloureuses à la pression soient aussi augmentées de volume. Peut-être y a-t-il là une dégénérescence kystique de la trompe et de l'ovaire droit. La laparotomie proposée est acceptée, car la malade a déjà subi toutes sortes de traitements dont aucun n'est arrivé à la soulager.

(Injections chaudes, cautérisations, tamponnements, pointes de feu, etc., avec combinaison d'un traitement général.)

Le 27 février, laparotomie; je trouve les annexes droites adhérentes au bassin, mais si peu que l'ablation en est très facile, l'ovaire est scléreux et polykystique; la trompe est dilatée et rouge; à gauche aucune adhérence; lésions analogues de la trompe et de l'ovaire. Castration unie de ce côté.

Guérison rapide. Depuis la castration bilatérale, il n'y a jamais eu le moindre phénomène douloureux.

Obs. IV. — Femme de 43 ans, amaigrie mais d'un bon aspect; très nerveuse mais sans être hystérique ni neurasthénique. Elle souffre depuis vingt et un ans à la suite d'une couche normale; quatre ans et demi après, nouvelle couche; il semble qu'il y ait eu alors une déviation utérine qui l'a obligée de garder le lit les trois derniers mois. Douleurs de plus en plus vives à partir de ce moment dans le bas-ventre surtout à droite avec irradiations dans les lombes, les hanches jusqu'à la poitrine; marche et station pénibles. Elle dit avoir eu de la cystite il y a cinq ans. On la soigne par les calmants, les topiques locaux, les douches, le séjour au grand air, et on lui trouve une dilatation de l'estomac en 1889. Malgré les soins et le régime institué elle continue à souffrir et ne peut pas marcher, elle est obligée depuis de nombreux mois de rester étendue.

L'examen que je pratique me montre une latéroversion utérine gauche, et probablement des annexes malades à droite surtout, quoiqu'elles soient très difficilement appréciables, il est impossible de les atteindre par le toucher vaginal et le palper abdominal et il faut examiner le rectum pour les sentir situées en avant et contre lui.

Laparotomie en janvier 1892. Castration bilatérale; à droite les annexes sont dans le cul-de-sac de Douglas tout contre le rectum, adhérentes mais par des brides très lâches; l'utérus est altéré à gauche par une bride qui part de son fond et se perd dans la fosse iliaque; il suffit de la couper pour le redresser facilement; à gauche les annexes paraissent malades aussi et fixées contre le bassin. Multitude de petits kystes sous-péritonéaux des deux trompes.

Aucune suite opératoire. Guérison rapide. Mais ici la guérison thérapeutique n'a pas été obtenue, malgré la castration, les douleurs très atténuées pendant deux mois, ont reparu quoique moins intenses; il est vrai que nous avons affaire à une névropathe avérée, sans cependant qu'elle ait jamais présenté aucun stigmate hystérique. En somme résultat thérapeutique presque nul.

A ces quatre cas, nous pourrions en ajouter deux autres; mais ils concernent des hystériques avérées, ce qui n'empêche que l'une d'elles a parfaitement guéri de ses manifestations douloureuses et n'a plus eu de grande attaque depuis la castration; chez l'autre résultat nul.

Les faits qui vont suivre concernent des cas d'*hystérectomie vaginale secondaire* après la laparotomie restée inefficace.

Obs. I. — Jeune femme de 27 ans, souffre depuis 9 ans, a eu deux accouchements, le dernier il y a 2 ans. Opérée en juin 1890, par un de nos collègues, de castration unilatérale gauche pour un petit ovaire polykystique très douloureux. Suites opératoires excellentes, mais les douleurs persistent malgré tout, surtout au moment des règles; hydrorrhée très abondante, douleurs surtout localisées à gauche malgré l'ablation de l'ovaire de ce côté. Je lui fais successivement contre l'endométrite dont elle paraît encore atteinte, d'abord, après dilatation

plusieurs cautérisations au chlorure de zinc au 1/10, puis le curettage, douches, lavages chauds, tampons glycérinés.

Les douleurs augmentent de plus en plus et gagnent maintenant le côté droit. La malade réclame l'ablation des annexes droites; comme aucun traitement ne réussit, je pratique une seconde laparotomie pensant trouver une lésion à gauche (adhérences du pédicule) capable de m'expliquer ces irradiations douloureuses, malgré la guérison de la métrite.

Le 10 mars 1891. Laparotomie dans l'ancienne cicatrice; à gauche je trouve quelques adhérences épiploïques autour du pédicule ovario-tubaire, je les déchire et éloigne les franges de l'épiploon le plus possible. Comme l'ovaire droit me paraît altéré, je fais la castration du côté droit. Suites opératoires nulles. Les douleurs du bas-ventre disparaissent pendant deux mois environ, pour reparaître ensuite et augmenter progressivement; de telle façon que cette jeune femme est condamnée au repos absolu, et encore souffre, et cela constamment même étendue. Elle se plaint surtout dans les reins et dans la région du grand trochanter gauche. Plusieurs examens répétés me font constater que l'utérus est devenu douloureux au moindre attouchement, à plus forte raison au moindre mouvement, il paraît balottant dans le petit bassin comme s'il manquait de ses moyens de fixité, les culs-de-sac sont libres, non douloureux; il s'en écoule constamment comme un liquide aqueux. Je me décide à pratiquer l'hystérectomie vaginale secondaire, (29 mai 1891). Elle est très facile; j'extirpe bien l'utérus en vingt minutes; je dégage la corne gauche d'une masse d'épiploon qui lui était adhérente assez intimement, mais sans trouver les fils des pédicules ovario-tubaires.

Guérison après avoir traversé pas mal d'incidents; réflexes excessivement intenses les premiers jours, ne cédant qu'à la morphine; les fils de soie des pédicules sont évacués spontanément, dans les quinze premiers jours.

La guérison opératoire n'a été complète qu'au bout de deux mois; après l'évacuation de tissus sphacélés par l'application des pinces à forcipressure.

Actuellement, un an après l'opération, la malade est complètement guérie. Elle a souffert encore, mais ce n'est pas comparable à ses douleurs d'il y a un an, et son état général est excellent.

Obs. II. — Il s'agit d'une jeune femme opérée, pour une double lésion des annexes, de castration bilatérale en 1889. Elle s'est mariée à 19 ans; un accouchement en 1888; la même année fausse couche, depuis douleurs très vives et pertes abondantes qui ne font qu'augmenter jusqu'en 1889; elle se décide alors à l'opération qui lui est proposée.

Tout alla d'abord bien, mais quinze jours après, elle eut une perte abondante qui dura quinze jours; ultérieurement elles se renouvelèrent tous les quinze jours; dans l'intervalle abondante leucorrhée et douleurs abdominales parfois atroces. A son entrée dans notre service,

en 1891, l'on constate : un peu de prolapsus utérin; l'utérus est en rétroflexion mobile, et atteint d'endométrite que l'on curette puis que l'on cautérise avec la glycérine créosotée au 1/10. Malgré tout, les douleurs continuent et l'abaissement de l'utérus étant facile, la malade étant privée de ses annexes, je me décide à l'hystérectomie vaginale. Celle-ci fut pratiquée avec mon assistance par mon chef de clinique, le docteur Rochard. Guérison complète opératoire et thérapeutique; car la malade dont j'ai eu des nouvelles cette semaine va admirablement et n'a plus jamais souffert.

En somme, les deux fois où nous avons pratiqué l'ablation secondaire de l'utérus, les résultats ont été excellents et se maintiennent depuis un an pour une des malades, depuis quatorze mois pour l'autre.

Je l'ai pratiquée cinq fois, mais alors pour de grosses lésions, et constamment les résultats ont été très bons.

Le dernier fait que j'ai à relater concerne une *hystérectomie vaginale d'emblée.*

Obs. I. — Il s'agit d'une femme de 35 ans, qui n'a jamais eu d'enfant et souffre atrocement depuis 5 ans dans le ventre, quoiqu'elle ait des règles régulières, aucun écoulement suspect. Elle est très nerveuse, mais non hystérique, elle est à bout de forces, nous dit-elle, et ne peut plus se livrer à ses occupations habituelles de femme de charge.

L'examen nous fait constater un utérus un peu augmenté de volume, en antéflexion, il existe très problablement un petit corps fibreux sur le fond de la matrice, les culs-de-sac sont très douloureux au toucher et au palper, les douleurs qui existent presque constamment et s'irradient du bas-ventre vers les reins et les cuisses sont surtout violentes quand elle se tient debout et veut marcher. On a usé de tous les traitements locaux et généraux et rien n'y a fait. Elle subit successivement des cautérisations intra-utérines et un curettage; aucun soulagement.

Mon ami le Dr Segond la voit avec moi et conseille la castration utérine, d'autant plus qu'il y a un petit corps fibreux qui peut à la rigueur entrer en ligne de compte dans la genèse des accidents.

L'hystérectomie est pratiquée par notre collègue avec l'habileté que vous lui connaissez; il enlève l'utérus par morcellement; puis les annexes et nous sommes frappé de l'état d'intégrité de celles-ci; nous pensions à des lésions certainement beaucoup plus sérieuses. Tout se passe à merveille localement. Mais, malgré l'hystérectomie vaginale faite le 11 mai 1891, la malade a encore souffert pendant six mois environ; puis les douleurs se sont calmées et espacées de plus en plus et actuellement, soit dix-huit mois après l'intervention, notre opérée va aussi bien que possible; elle ne sait assez se féliciter d'avoir accepté l'intervention proposée.

En résumé, je suis absolument de l'avis de notre collègue Richelot quand il demande dans ces cas de douleurs excessives empoisonnant l'existence sans lésions facilement appréciables, une intervention chirurgicale. Si nous étions constamment certain d'être obligé d'enlever les deux annexes, je serais comme lui partisan absolu de l'hystérectomie vaginale totale, avec ablation immédiate des ovaires et des trompes; mais en somme il est des cas, et lui-même nous en a cité un où l'ablation unilatérale suffit à supprimer tout le cortège douloureux, pourquoi alors n'en pas faire bénéficier la malade et lui conserver ses facultés de reproduction; je pense donc, étant donné la facilité et l'innocuité de la laparotomie dans tous ces cas, qu'à moins d'avoir un diagnostic précis de bilatéralité, ce qui est souvent bien difficile, il vaudra mieux faire la laparotomie, quitte à faire ensuite l'hystérectomie vaginale secondaire.

L'hystérectomie vaginale immédiate ne sera indiquée, à mon avis, que si le chirurgien à la notion de deux foyers douloureux et d'altérations symétriques des ovaires et des trompes; elle doit être pratiquée avec une grande réserve, car elle ne nous permet pas le contrôle que nous donne la laparotomie qui peut s'arrêter quand le chirurgien le veut. Ici en effet nous n'avons pas le loisir de pratiquer tout d'abord l'incision exploratrice du cul-de-sac postérieur, pour aller toucher les ovaires et trompes et constater leur état. La plupart du temps les lésions, si elles existent, seront assez peu accentuées pour échapper à cet examen beaucoup plus facilement que par la laparotomie.

M. Richelot. Je dirai à M. Pozzi que je n'attache pas plus que lui d'importance au mot de *grande névralgie pelvienne*; il me sert à désigner un ensemble de troubles douloureux particuliers à la femme et je n'ai pas la prétention d'en faire un néologisme répondant à une entité morbide. Certainement, on doit admettre de petites lésions s'accompagnant de grandes douleurs et contre lesquelles l'opération amène la guérison; et on doit distinguer les cas où il y a des troubles fonctionnels très accusés sans lésions reconnues; j'accepte parfaitement cette division et je connais très bien les divers cas qui doivent y rentrer.

A M. Terrier, je dirai que certainement on peut trouver de petites lésions dans les ovaires, mais que ces lésions n'existent qu'au point de vue anatomique et que pour le clinicien, les symptômes sont ceux d'une névralgie *sine materiâ*. Certes, il est nécessaire de rechercher ces lésions avec soin et tâcher d'arriver à leur meilleure connaissance; mais même avec ces connaissances, pendant longtemps encore, il ne s'agira que d'une lésion histologique, intéres-

sante, il est vrai, mais incapable de nous fournir cliniquement une véritable indication.

Je répondrai à M. Schwartz que je n'ai pas préconisé l'hystérectomie vaginale *quand même ;* j'ai fait des laparotomies avec de petits sacrifices, n'enlevant qu'un seul côté, ou faisant la résection d'un point ovarien malade. En pareil cas, d'une façon générale, je considère l'hystérectomie vaginale comme supérieure, mais elle est indiquée par une série de circonstances en l'absence desquelles on devra préférer la laparotomie.

La discussion est close.

Communication.

Exostose ostéogénique de la première côte comprimant le plexus brachial et causant de violentes douleurs névralgiques. Opérations successives, à huit ans de distance, sur la tumeur osseuse et sur la cicatrice de la première opération; guérison.

Par M. le professeur Verneuil.

Le nombre infini des opérations chirurgicales pratiquées de nos jours, leur réussite devenue en quelque sorte banale, et l'empressement extrême avec lequel on publie les succès, sont autant de circonstances qui expliquent pourquoi on néglige un peu trop de suivre les opérés et de constater les résultats éloignés ou définitifs des entreprises chirurgicales.

Il est cependant des questions où l'enquête est indispensable, qu'il s'agisse de faits très rares, ou bien de certaines affections à cure difficile et à récidives longtemps possibles.

Le cas dont je vais vous entretenir réunit tous ces caractères. Il s'agit, en effet, d'une exostose de la première côte comprimant le plexus brachial et déterminant de violentes névralgies, lesquelles disparurent complètement pendant sept ans, après deux opérations portant sur la tumeur osseuse, puis revinrent dans la huitième année, pour guérir encore grâce à de nouvelles opérations pratiquées, cette fois, sur la cicatrice, exclusivement.

Observation. — Marie G... 20 ans, journalière, née à Paris, entre dans mon service, à la Pitié, le 25 juin 1884.

Elle a perdu son père il y a neuf ans, d'une phtisie à marche rapide, et sa mère l'année précédente, d'un rhumatisme articulaire aigu.

Quoique un peu maigre et d'apparence assez frêle, elle jouit d'une bonne santé habituelle. Petite mangeuse, non dyspeptique, on ne retrouve dans ses antécédents ni rhumatisme, ni syphilis, ni scrofule,

en un mot aucune tare organique profonde. Léger souffle chlorotique dans les vaisseaux du cou ; au niveau des sommets, faible expiration prolongée, ot, dans la fosse sus-épineuse, respiration un peu rude à gauche. Elle ne tousse pas d'ordinaire mais s'enrhume facilement. Rougeole à quatre ans, scarlatine à huit, et à neuf ans fièvre typhoïde avec rechute de longue durée. Il y a cinq ans, elle constata que son bras gauche s'engourdissait et qu'elle ressentait après avoir travaillé un peu longtemps quelques fourmillements dans les doigts. Un mois plus tard, légères douleurs dans la région sus-claviculaire où on découvre une petite tumeur dure, immobile, de la grosseur d'une noisette. Les douleurs de l'épaule augmentent dans la suite. Des élancements surviennent au coude, au bord cubital de l'avant-bras et dans le petit doigt. Trois ans après l'apparition des premiers phénomènes, la tumeur grossit notablement ; les douleurs s'accentuent, se propagent à la partie postérieure de l'épaule, le long du bras jusqu'alors épargné, et au cou vers l'oreille. Le bras devenait froid surtout le matin au réveil, quand la malade s'était couchée sur le côté gauche, et dans le courant de la journée, dès qu'elle se mettait au travail, qui bientôt devint impossible. L'hiver surtout son bras devenait raide et ne pouvait se réchauffer. Les mouvements du cou et de l'épaule étaient presque abolis.

A partir d'avril, tous les symptômes se sont aggravés ; la tumeur est devenue plus volumineuse ; les douleurs plus vives. Enfin, il s'est produit, à la partie postérieure de l'épaule, au coude, au bord cubital de l'avant-bras et aux trois derniers doigts un œdème qui a disparu au bout de deux mois, pour réapparaître de temps en temps, mais au coude et au petit doigt seulement.

Entrée à l'hôpital le 3 juillet. Le bras semble normal. Le pouls, pourtant plus faible à gaucho qu'à droite, bat soixante-huit fois par minute. La température axillaire est, à droite, de 36°,8; à gauche, de 36°,5, Main gauche un peu plus fraîche que l'autre.

Il y a une légère hyperostose de l'extrémité sternale et des cartilages des deuxième et troisième côtes droites, ainsi que de l'extrémité interne de chaque clavicule, surtout de la gauche. Cicatrices de pointes de feu et de vésicatoiros au niveau et en avant du bord supérieur et externe du trapèze. Dans le décubitus dorsal, la tête bien droite, les bras étendus le long du corps, le creux sus-claviculaire droit est à l'état normal. A gauche, au contraire, on remarque uno tumeur pulsatile simulant, à première vue, un anévrysme, et qui devient plus évidente quand on fait asseoir la malade.

Mais, à l'exploration, on trouve qu'il s'agit d'une tumeur duro, immobile, non douloureuse, située à la partie supérieure et postérieure du triangle sus-claviculaire, plus près du trapèzo que du sterno-mastoïdien, et en connexion avec les scalènes. Entre le sommet de la tumeur, qui présente le volume d'une petite noix, et la clavicule, on perçoit les pulsations de la sous-clavière, car en comprimant ce vaisseau on supprime le pouls radial. Plus haut, on sent d'autres pulsations moins amples, ayant sans doute pour siège une branche collatérale

née en dehors des scalènes. Enfin, en pressant sur le sommet même de la tumeur, on sent rouler sous le doigt quelques cordons du plexus brachial, dont la compression produit de l'engourdissement et de la douleur dans le coude, le petit doigt et le long du bord supérieur du trapèze.

En cherchant à préciser les limites de la tumeur, on s'assure qu'elle ne naît ni de la clavicule, ni de l'omoplate, mais bien de la première côte, et, en raison de tous les signes sus-mentionnés, je pose le diagnostic d'exostose ostéogénique du tubercule d'insertion du scalène postérieur, comprimant les vaisseaux et les nerfs sous-claviers.

Si l'on s'étonnait de la précision avec laquelle j'ai porté d'emblée un diagnostic que la suite a démontré exact, je dirai que mon attention avait été attirée sur ce sujet près de trente années auparavant.

En effet, en mars 1855, j'avais présenté à la Société Anatomique [1] une exostose trouvée sur un cadavre destiné aux dissections. Elle s'élevait de la première côte droite, dans le triangle sus-claviculaire où elle comprimait et rejetait en avant et en dedans le plexus brachial; l'artère sous-clavière se trouvait prise entre le scalène antérieur et la tumeur. Cependant, ni ce vaisseau ni les branches qui en naissaient n'étaient altérés, et ne différaient de ceux du côté opposé.

Conformément à l'avis de M. Cruveilhier, j'admis que cette exostose n'était que l'exagération d'une disposition normale, une sorte d'apophyse de l'angle de la côte servant à son articulation d'ailleurs très manifeste avec la septième.

Malgaigne m'avait dit avoir réséqué une exostose en tout semblable.

Quant à l'opération, je n'hésitai pas davantage à la recommander. Déjà, deux ans auparavant, en passant à Lyon, je l'avais conseillée, m'étonnant qu'elle eût été déclarée trop périlleuse par des chirurgiens pourtant fort habiles et non timides. C'est leur refus et l'intensité des souffrances qui avait décidé Marie G... à venir me demander secours à Paris.

Je ne me dissimulais point qu'il s'agissait certainement d'une opération minutieuse, difficile et dangereuse, eu égard au nombre, à la situation et à l'importance des organes à travers lesquels il fallait manœuvrer. On avait à ménager, en effet, non seulement la sous-clavière directement en cause, mais encore la scapulaire supérieure, les cervicales profonde et transverse peut-être plus ou moins déviées par la tumeur; puis aussi les veines, dont la lésion pouvait amener soit une hémorrhagie soit surtout l'introduction de l'air. On devait, enfin, conduire les instruments à travers les cordons du plexus brachial, et au voisinage immédiat du cul-de-sac pleural supérieur, toutes conditions menaçantes au premier chef.

Mais, d'autre part, sans compter le fait de Malgaigne sur lequel je n'avais, à la vérité, que peu de détails, j'avais connaissance d'opérations

[1] *Bull.*, t. XXX, p 80.

de ce genre menées à bien par divers chirurgiens anglais, MM. Coote, Hulke, Birkett, ce qui me fit espérer aussi la réussite [1], surtout avec le concours de MM. Jullien, Ricard, Valude, aides excellents dont je disposais à cette époque.

En conséquence, le 4 juillet, l'anesthésie obtenue, je fais le long du bord supérieur et externe du trapèze une incision de dix centimètres, commençant et se terminant à distance à peu près égale de l'apophyse mastoïde et de l'extrémité externe de la clavicule ; elle passe derrière l'exostose que je veux aborder par sa face postérieure.

La peau et les couches sous-cutanées incisées à petits coups, quelques petits vaisseaux étant liés, on découvre la face antérieure du plexus brachial, dont on suit les branches de dehors en dedans, et l'on reconnaît le bord externe des deux scalènes.

L'exostose, complètement recouverte par les nerfs, les soulève et tend à en traverser le faisceau entre les deux cordons les plus inférieurs et le troisième. En déchirant avec la sonde cannelée une couche lâche de tissu conjonctif, on met complètement à nu le sommet arrondi, lisse et blanchâtre de la tumeur osseuse qui, du volume d'une aveline, naît, comme je l'avais prévu, du tubercule d'insertion du scalène postérieur, et se prolonge en avant sur la face supérieure de la côte jusqu'à l'insertion du scalène antérieur, de sorte que l'artère sous-clavière est soulevée et légèrement comprimée entre la face profonde de ce muscle et l'exostose.

Pour aborder la base de cette dernière, je passe au-dessous des cordons nerveux une bandelette de linge qui sert à les soulever et à les porter en avant. Puis, attaquant la tumeur de haut en bas et de dedans en dehors, avec une pince incisive courbe sur le plat, je la détache en grande partie de son insertion costale. Enfin, j'en achève l'isolement avec la gouge à main, et parviens à l'enlever tout entière, sans réséquer complètement la côte, en échancrant seulement son bord interne, conservant son bord externe et respectant même la gouttière sur laquelle repose l'artère sous-clavière.

L'exostose, du reste, n'était pas dure ; constituée au centre par du tissu spongieux, elle était recouverte seulement à sa surface par une lame de tissu compacte.

L'opération, bien que conduite lentement, n'avait pas exigé plus de vingt minutes. La perte de sang avait été nulle ; une seule veine, donnant dans l'angle inférieur de la plaie, avait été liée. Aucun organe important n'avait été blessé ; on voyait distinctement au fond de la plaie, le cul-de-sac pleural, mis à nu mais heureusement respecté, se soulever et s'abaisser à chaque respiration.

Réunion de la plaie, avec deux drains ; pansement antiseptique. Séance tenante, le pouls radial était revenu presque aussi fort à gauche qu'à droite.

Le soir de l'opération, la température (à 36°,8 le matin) monte à 37°,5. Le lendemain matin, T. 39°,1 ; R. 42 par minute, P. 115.

[1] Voir les observations dans la thèse de M. Mesnard, p. 23, 27, 29, 30.

La malade accuse, du côté opéré, en arrière de l'épaule, une douleur augmentant à l'inspiration. Teint coloré; langue blanche; on est obligé de pratiquer le cathétérisme.

Le 6, T. matin 38°, R. 24, P. 110; T. soir 39°, mêmes signes. Le point de côté est plus fort. Cependant, l'auscultation pratiquée avec soin ne fait rien découvrir, et l'on ne trouve pas de matité dans la région douloureuse. Aucune douleur, aucune inflammation au niveau de la plaie.

Le 7, T. matin, 38°,1; soir 37°,9, même état.

Le 8, T. matin et soir 38°,9. L'auscultation fait enfin découvrir un souffle pleurétique manifeste en arrière, au niveau du tiers inférieur du poumon gauche. Plus haut, un peu de frottement. Rien dans les urines, mais la rétention exige encore le cathétérisme. Indolence absolue au niveau de la plaie; ablation de quelques sutures et d'un drain. Les anciennes douleurs dues à la compression et au tiraillement des nerfs ont totalement disparu.

On se contente de combattre la pleurésie, qui d'ailleurs reste très limitée, par des badigeonnages *loco dolenti* avec de la teinture d'iode, et quelques doses d'oxymel scillitique.

15 juillet (11e jour de l'opération). Tous les symptômes se sont amendés; le souffle pleurétique a disparu; le teint a repris sa coloration normale. La température moyenne varie de 37°,6 le matin à 38° le soir. La rétention d'urine a cessé. Les douleurs tant anciennes que nouvelles n'existent plus. Le pouls est encore un peu plus faible à gauche qu'à droite, mais la différence est à peine sensible.

On enlève le dernier drain de la plaie, dont la surface est cicatrisée. La malade, toute joyeuse, demande à se lever. La semaine suivante, elle achève sa guérison à la campagne.

Tout semblait fini, lorsqu'en novembre de la même année les douleurs reparurent aux mêmes points et avec la même intensité que la première fois. Un vésicatoire volant, des pommades calmantes, le sulfate de quinine n'ayant produit aucun soulagement, Marie G... rentra dans mes salles le 13 décembre, et fut réopérée le 19.

J'avais constaté à travers la cicatrice une pointe osseuse assez aiguë répondant assez exactement à l'ancienne exostose en partie reproduite. Une incision de cinq centimètres mit largement à nu la saillie susdite que, sans grande difficulté, j'atteignis, découvris et réséquai à sa base avec une petite pince coupante. La plaie, non réunie, est pansée à la gaze iodoformée. Les douleurs disparurent aussitôt, mais elles récidivèrent, toutefois, sous forme d'accès névralgiques venant très régulièrement à quatre heures de l'après-midi et qui résistèrent au sulfate de quinine pendant plusieurs jours, pour céder à quelques injections de chlorhydrate de morphine.

Le 24 janvier 1885, la plaie cicatrisée et les douleurs disparues, Marie G... quitta l'hôpital et reprit bientôt sa vie ordinaire.

La guérison se maintint parfaite pendant sept ans et un mois, c'est-à-dire jusqu'en mars 1892, où les souffrances se réveillèrent encore, peut-être à la suite de quelque fatigue ou d'un refroidissement. Toujours

est-il qu'elles persistèrent et allèrent même en s'aggravant jusqu'au 27 mai où la malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Ricard, qui, sur mon conseil, pratiqua le 31 mai une nouvelle opération.

A ce moment, on ne percevait aucune saillie osseuse et on ne constatait aucun indice de compression vasculaire; la cicatrice était un peu saillante, ferme et notablement adhérente à sa face profonde. Elle était très sensible au toucher; l'hyperesthésie s'étendait, du reste, à tout le triangle sus-claviculaire, au moignon de l'épaule et à la région antérieure et supérieure gauche du thorax. La malade se plaignait, en sus, de palpitations de cœur, d'oppression et de point de côté.

L'auscultation du poumon ne révélait cependant aucune lésion, et l'accélération du pouls était très marquée.

M. Ricard fit une incision sur le trajet de l'ancienne cicatrice, de façon à en pratiquer l'extirpation, et constata alors que le plexus brachial mis à nu était recouvert et enserré par un tissu fibroïde, dense, capable de comprimer et d'étreindre les cordons nerveux. Aussi, avec les pinces, le bistouri et les ciseaux, fit-il l'extirpation aussi complète que possible de cette gangue cicatricielle, procédant avec grand soin, comme s'il s'agissait d'une dissection, et en violentant le moins possible les troncs nerveux.

L'opération dut être conduite et terminée rapidement à cause de troubles inquiétants survenus pendant la chloroformisation.

J'ai parlé plus haut de l'extrême hyperesthésie de la région sus-claviculaire, et de son retentissement sur la circulation et la respiration[1]. Or, l'anesthésie obtenue, et dès qu'on eut pratiqué sur la cicatrice la première incision, survinrent des irrégularités respiratoires et des phénomènes syncopaux prolongés, qui forcèrent à pratiquer les excitations externes usitées en pareil cas et la respiration artificielle, le tout pendant un bon quart d'heure.

M. Ricard se demanda un moment s'il continuerait l'opération: mais la chloroformisation ayant été reprise et la tolérance bien établie, on put ressaisir le bistouri.

La plaie, lavée avec soin et antiseptisée fut réunie sans drainage.

Localement, les suites de l'opération furent très simples : aucune inflammation; succès complet de la réunion; ni fièvre, ni symptômes de septicémie. Malheureusement, les douleurs du membre supérieur, de l'épaule et du cou ne furent en aucune façon modifiées, pas même pour un jour. Au contraire, elles gagnèrent le pouce et l'index qui jusqu'alors avaient été à peu près épargnés.

[1] Le retentissement sur le cœur des névralgies du plexus brachial gauche, porté au point de simuler des cardiopathies, a été signalé déjà par mon éminent ami Potain, et, dans un cas de névromes consécutifs à une amputation du bras gauche, j'ai pu vérifier l'exactitude de cette donnée. L'observation a été publiée dans le tome II de mes Mémoires de clinique, page 814, sous ce titre : *Ancienne amputation du bras gauche, névralgies partant des névromes du moignon, s'irradiant dans la paroi thoracique et simulant une affection cardiaque. Ablation des névromes; point de résultat immédiat; guérison ultérieure.*

On pouvait attribuer cet insuccès à l'irritation inséparable de la dissection du plexus et espérer alors que le calme reviendrait avec le temps, mais il n'en fut rien, et à la fin du mois de juin, quant je repris mon service, la pauvre fille souffrait plus que jamais, n'osant presque pas se lever tant les mouvements du bras étaient douloureux.

J'étais fort perplexe et peu décidé à intervenir encore. Je consacrai donc tout le mois à des essais thérapeutiques locaux et généraux. Un vésicatoire volant appliqué sur le moignon de l'épaule exaspéra les souffrances. Le salicylate de soude, l'antipyrine avec le sulfate de quinine, la liqueur de Fowler, toutes les pommades narcotiques, le stypage, le chloroforme appliqué localement, la pulvérisation d'éther, rien ne donna de résultat satisfaisant. Les injections de morphine seules amenaient un soulagement de quelque durée.

Tout honteux que je fusse de ces échecs difficilement explicables, j'allais abandonner la partie, quant me vint l'idée de tenter, en dernier ressort, l'action analgésique si spéciale de la cocaïne, non pas en applications à travers le tégument, ni en injections hypodermiques, mais en applications directes et prolongées sur les nerfs malades.

Pour cela, il fallait naturellement une fois encore découvrir le plexus, et le laisser à nu pour le mettre en contact continu avec le topique stupéfiant. C'est ce que je fis le 6 août dernier.

Une incision courbe, à convexité antérieure, donna une sorte de lambeau que je réclinai d'avant en arrière, de façon à exposer largement tout le foyer opératoire ancien. Le tissu cicatriciel formé à la suite de l'opération dernière était peu épais, lâche, non induré et incapable en vérité de comprimer les nerfs. Néanmoins, je l'extirpai de mon mieux, ce qui fut rendu facile par la tolérance parfaite à l'anesthésie et ne demanda pas plus d'un quart d'heure.

La plaie largement béante, ne saignant pas, fut lavée avec une solution phéniquée faible, puis pansée de la manière suivante : en contact direct avec les cordons du plexus, une couche d'ouate hydrophile d'un centimètre d'épaisseur, modérément imbibée d'une solution de cocaïne au vingtième; par-dessus des compresses de gaze bien stérilisées, puis une bonne couche d'ouate ordinaire, recouvrant le cou, le moignon de l'épaule, le haut de la poitrine, et maintenue par un spica soigneusement appliqué. Le bras immobilisé lâchement contre le thorax.

A son réveil Marie, très joyeuse, nous annonçe que les douleurs locales et irradiées ont absolument disparu.

Le lendemain on laisse tout en repos.

Le deuxième pansement, tout semblable au premier, eut lieu le 8. Il ne provoqua aucune douleur et l'on constata que l'hyperesthésie de la région sus-claviculaire avait disparu.

Troisième et quatrième pansement le 10 et le 12.

A peine est-il besoin de dire que l'opération n'avait entraîné aucune réaction locale ni générale, aucune élévation de température. Les phénomènes du côté de la respiration et de la circulation avaient eux-mêmes disparu.

Par contre, le 10 et le 12, pendant la plus grande partie de la journée,

il y avait eu, aussitôt après l'application de la cocaïne, des nausées suivies de vomissements. En conséquence, le 14 on supprima cette substance et on fit un pansement avec la gaze iodoformée; alors malaise et nausées cessèrent.

La plaie, du reste, bien détergée et de très bel aspect fournissait en petite quantité un pus très louable; l'appétit et le sommeil avaient reparu, l'état général etait meilleur.

Le 24, quelques douleurs revinrent dans le bras et l'épaule, surtout le soir. Nous ne perdîmes pas le temps à donner la quinine et fîmes aussitôt quelques injections dans l'après-midi avec un centigramme de chlorhydrate de morphine qui réussirent très rapidement.

Marie quitta l'hôpital le 1er septembre débarrassée de ses souffrances. La cicatrisation était très avancée. La morphine ayant amené un peu de somnolence, des congestions subites de la face et une diminution d'appétit, nous conseillons de la cesser. On pense que la malade n'a pas voulu obéir, mais elle affirme le contraire. En tous cas, le 12 septembre la plaie était tout à fait fermée et les douleurs à peu près nulles. J'ai revu la malade dans les derniers jours d'octobre, dans l'état le plus satisfaisant, accusant à peine une sensation de froid et d'engourdissement dans le bras aux changements de température. Il a été convenu qu'à la moindre récidive, au plus minime accident, je serais prévenu.

Marie revue le 12 décembre a une mine magnifique et n'éprouve plus la moindre souffrance.

Remarques. — En 1884, après avoir opéré pour la première fois Marie G. je donnai pour sujet de thèse à l'un de mes élèves d'alors, M. P. A. Mesnard, *les Exostoses du creux sus-claviculaire*. Il fit un travail recommandable auquel je renvoie le lecteur [1].

Aujourd'hui, je n'ai pas l'intention de reprendre l'étude de cette affection, dont je n'ai pas, d'ailleurs, observé d'autres exemples, mais seulement de compléter un fait que j'ai pu suivre longtemps et qui prouve une fois de plus que le succès opératoire primitif n'implique nullement le succès thérapeutique. J'accorde que cette proposition n'a rien de bien neuf, quand il s'agit surtout du traitement chirurgical des névralgies, mais je crois la chose bonne à répéter. Au reste, déjà dans une des quatre observations rapportées par M. Mesnard, la récidive avait été signalée par M. Birkett : le 23 mars 1871, une jeune fille de 22 ans fut opérée d'une exostose fixée par une large base à la première côte. Le 24 juillet, elle quitta l'hôpital avec une plaie de bonne apparence, et alla mieux lorsqu'elle fut rentrée chez elle. Bien qu'elle éprouvât toujours un peu de douleur, elle ne souffrit pourtant d'aucun incon-

[1] *Thèse de Paris*, 30 juillet 1884.

vénient sérieux pendant six mois ; mais à partir de cette époque, douleurs et tumeur reparurent, beaucoup plus graves que la première fois. On ne fit pas de nouvelle opération, mais l'état général devint mauvais et des troubles se montrèrent du côté des centres nerveux. Le 18 janvier 1872 la malade sortit de l'hôpital sans amélioration.

Je ne saurais rien dire du sort ultérieur des trois autres opérées anglaises, une seule, celle de M. H. Coote, ayant été suivie pendant quelques mois à peine. A la vérité, elle est, aux dernières nouvelles, donnée comme guérie de ses douleurs. Mais mon cas, resta-t-il unique, prouverait assez que les récidives sont menaçantes pendant un temps assurément fort long, puisque, après deux trèves complètes, l'une de trois mois, l'autre de sept ans et un mois, le mal reparut avec une extrême intensité.

A la rigueur, on pourrait expliquer la récidive précoce de novembre 1884 en admettant que l'exostose avait été incomplètement enlevée dans ma première opération, puisqu'une seconde rugination, certes beaucoup plus limitée, du point d'attache de la tumeur osseuse avait amené une guérison entière et très prolongée.

Je serais encore plus embarrassé de dire pourquoi la douleur, éteinte depuis janvier 1885, a reparu pour la troisième fois en mars 1892, époque à laquelle l'exostose n'était plus en question. J'avoue qu'il y avait bien comme cause mécanique l'enserrement, la compression des cordons du plexus par un tissu fibreux comparable à une cicatrice, mais toute obscurité ne disparaît pas pour cela. D'abord, la gangue cicatricielle n'avait pas mis sept ans à se former, et dans un pareil intervalle elle aurait dû plutôt disparaître comme cela a lieu pour les autres inodules.

Puis, en supposant que la constriction des nerfs fût la cause réelle des souffrances, comment celles-ci ont-elles persisté, s'aggravant même, après la tentative rationnelle de libération faite par M. Ricard?

Enfin, comment expliquer davantage pourquoi en répétant, beaucoup moins radicalement, et deux mois plus tard, la même dissection du plexus, j'ai fait cesser instantanément — sauf réapparition bénigne et courte quelques jours après la dernière opération — les souffrances qui, à l'heure actuelle, n'ont pas reparu?

Faut-il attribuer ce succès à la cocaïne ? Je le désirerais, non seulement parce que mon hypothèse serait confirmée, mais parce que le traitement topique des nerfs malades pourrait prendre place dans la thérapeutique des névralgies.

Mais il est aussi une autre condition qui mérite examen, je veux

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 50.12.92. *Le gérant :* G. MASSON.

parler du traitement ultérieur des plaies opératoires et du mode de pansement adopté après chaque opération.

On voudra bien remarquer que Marie... en a subi quatre, deux infructueuses et deux heureuses ; je range parmi ces dernières celle qui a procuré une guérison de plus de sept ans. Or, dans les deux cas d'insuccès, on avait pratiqué la réunion immédiate, une fois avec drainage et trois mois de soulagement, l'autre fois sans drainage, mais aussi sans amélioration quelconque, et même avec exacerbation. Dans la première opération heureuse, pansement ouvert; calme immédiat, sans l'intervention de la cocaïne, et avec une petite attaque de névralgie périodique, résistant au sulfate de quinine et dissipée avec quelques centigrammes de morphine. Dans la deuxième opération heureuse, pansement largement ouvert, cocaïne ; cessation immédiate des douleurs, mais, cette fois encore, petite névralgie que la morphine fait cesser en quelques jours.

On voit donc une relation intime, d'une part entre la réunion immédiate et la persistance des douleurs, d'autre part entre le pansement ouvert et la disparition des souffrances.

Je sais qu'en critiquant la réunion immédiate je m'attaque à une arche sainte, à laquelle il est bien imprudent de toucher, mais je ne pouvais m'empêcher de faire ressortir les résultats si différents qui avaient suivi ces quatre opérations, et qui semblent en rapport avec le mode de traitement des quatre plaies.

Présentation de pièce.

M. Routier présente un épithélioma primitif de la trompe enlevé par la laparotomie.

Epithélioma primitif de la trompe, par M. Cornil.

Examen anatomique. Aspect microscopique. — La trompe très augmentée de volume, lisse à sa surface a l'aspect et le volume d'une anse d'intestin grêle, elle est sinueuse, le pavillon dilaté en un énorme kyste du volume d'une grosse orange; l'ovaire n'a pas été retrouvé, mais M. Cornil considère cette poche comme dépendant de la trompe.

A la surface de la trompe de petits kystes péritonéaux (lésions banales).

A la coupe la trompe est remplie par une masse bourgeonnante ayant l'aspect de fibrine mais plus résistante et ne se laissant pas

dilacérer et en obturant complètement la lumière. L'ouverture de communication de la trompe avec le kyste laisse échapper un gros bourgeon qui semble être une dépendance de la masse épithéliale.

Ces végétations ne rappellent en rien les végétations parfois énormes qu'on peut observer dans la salpingite chronique.

Examen histologique. — La paroi musculaire n'est pas notablement hypertrophiée. La conjonctive de la muqueuse est au contraire notablement épaissie et de sa paroi interne partent de fines trabécules conjonctives qui limitent de larges aréoles. Celles-ci sont remplies par de volumineuses masses épithéliales.

L'examen d'un de ces boyaux épithéliaux montre des cellules adhérentes les unes aux autres. Au contact de la travée conjonctive elles ont l'aspect cylindrique, puis prennent l'aspect d'épithélioma pavimenteux.

Le groupement en éléments cellulaires donne assez bien l'aspect de la couche muqueuse de Malpighi.

Enfin on trouve un grand nombre d'éléments en kariokynèse, fait qui plaide en faveur de la nature épithéliale de la tumeur.

La malade va à merveille.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. BOUILLY.

Séance du 30 novembre 1892.

Présidence de M. CHAUVEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Oblitération congénitale de l'artère hyaloïdienne*, par M. FONTORBE (de Toulon).

Communication.

Sur une observation d'entérostomie biliaire,

Par le Dr Paul Reclus.

Les anastomoses entre la vésicule biliaire et l'intestin, établies pour obvier aux obstructions du canal cholédoque sont encore peu pratiquées. Aussi me paraît-il opportun de vous communiquer une observation de cholécysto-entérostomie, nom bien compliqué et que je remplacerai volontiers par celui d'entérostomie biliaire. Le cas, déjà fort instructif par lui-même, puise un nouvel intérêt dans ce fait que mon opéré a été examiné par douze au moins de nos collègues les plus éminents en médecine et en chirurgie qui, sans doute, seront heureux de savoir ce qu'est devenu leur malade.

I. — Il s'agit d'un Portugais de 36 ans qui vint, de Lisbonne, me consulter le 23 mai de l'année courante et que j'examinai le jour même, avec l'assistance du Dr Œttinger. La maladie avait débuté au mois de septembre 1891 par des troubles digestifs accusés, des douleurs après le repas, vives surtout à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche. Mais leur caractère n'a rien de précis et ne semble jamais avoir revêtu la forme d'une colique hépatique. Les souffrances persistèrent avec quelques rares intermittences pendant plusieurs mois. En février 1892, elles se compliquent d'un ictère. Celui-ci se fonce de plus en plus. Il n'y a pas de fièvre, mais un amaigrissement progressif, une grande faiblesse et des démangeaisons insupportables. Ces phénomènes s'accentuent en mars, en avril et en mai. A ce moment, son très distingué médecin le Dr Ferras de Macedo qui craignait un cancer de la tête du pancréas, envoie le malade à Paris, où nous constatons l'état suivant :

L'ictère est intense et tel qu'il est difficile d'en voir de plus accusé; les sclérotiques sont d'un jaune brun, les téguments d'une teinte acajou; les démangeaisons sont intolérables; le malade se gratte sans cesse et la peau est recouverte d'une éruption généralisée de prurigo. Les matières fécales sont décolorées, boueuses et d'une odeur infecte; les urines, remplies de pigment biliaire, contiennent un peu moins d'urée et 32 centigrammes d'albumine. Le foie est énorme; il mesure 23 centimètres sur la ligne médiane, 28 sur la ligne mamelonnaire; sa surface régulière, de résistance normale, sans fluctuation, forme une voussure accentuée à l'épigastre; le rebord en est mousse et nulle part la palpation ne

révèle la présence de la vésicule biliaire; la rate est normale, les principaux viscères sont sains. L'appétit est conservé, mais la digestion est pénible; elle s'accompagne de pesanteur et d'irradiations douloureuses dans l'hypochondre gauche.

Il s'agissait évidemment d'un ictère par rétention et nous pensons à une occlusion du cholédoque soit par un cancer du pancréas ou des voies biliaires, soit par un calcul, soit même par une tumeur de voisinage. Notre malade eût voulu un diagnostic plus précis et goûta fort notre avis de voir quelques-uns de nos collègues ou de nos maîtres. Il en usa largement; le 25 mai il consulte le professeur Bouchard qui confirme nos réserves, tout en penchant vers l'hypothèse d'un cancer du pancréas; le 1er juin, il appelle M. Hanot qui incline plutôt vers un calcul; le 14 juin il voit M. Dieulafoy qui partage cette dernière opinion; le 18 juin une même consultation réunit MM. Hanot, Périer, Œttinger et moi. Nous concluons à la nécessité d'une laparotomie exploratrice qui, selon nous, ne sera que le premier temps d'une opération plus complexe : cholédochotomie ou entérostomie biliaire. Notre Portugais réclame alors un supplément d'information : il réunit son dossier qui renferme les avis de MM. Bouchard, Dieulafoy, Hanot, Œttinger, Périer et nous et part pour l'Allemagne.

A Strasbourg, le professeur Naunyn conclut à une cirrhose et déconseille toute opération; à Heildeberg, Kussmaul prononce aussi le mot de cirrhose; il trouve que la rate est grosse, accident passager sans doute, car personne de nous ne l'avait constaté avant le départ et ne le constata au retour; il s'oppose à l'intervention chirurgicale. Czerny n'est pas du même avis; il admet une cirrhose secondaire et consécutive à une obstruction du cholédoque et, comme nous, propose une laparotomie exploratrice que suivra certainement une incision du cholédoque ou une entérostomie biliaire. Mais il devait revenir sur cette opinion et, au bout de quinze jours, lorsque le malade se dispose à regagner Paris, Czerny signe une consultation nouvelle où il conclut à l'abstention : pour lui, la déchéance organique est telle qu'il y aurait danger à intervenir.

Le 15 juillet, retour à Paris; le 18, nous voyons le malade avec MM. Bouchard, Périer et Œttinger. M. Bouchard incline de plus en plus vers le diagnostic de cancer du pancréas; le 22, consultation de MM. Périer, Terrier et Œttinger; M. Terrier se rallierait volontiers à l'hypothèse de M. Bouchard, mais conseille néanmoins la laparatomie, suivie, selon le cas, de cholédochotomie ou de cholécysto-entérostomie. Le malade ne peut s'y décider et suit, sous la direction de M. Bouchard, un régime à la glycérine, aux peptones et au benzonaphthol. Il y eut d'abord un léger amendement; mais le foie reste aussi volumineux, la diarrhée aussi tenace,

les douleurs épigastriques ne s'apaisent pas, et enfin le 8 août apparaît un signe qui éveille les inquiétudes : la température monte à 39° sans frisson, il est vrai, et sans autre symptôme que la hausse thermométrique. Le soir, du reste, la colonne mercurielle redescendait à moins de 37°.

Le 10 août, lorsque M. Bouchard revient, il constate l'inefficacité des moyens médicaux et comme les symptômes d'obstruction ne font que s'accentuer, mais comme, d'autre part, l'appétit est conservé, comme le cœfficient de l'urée est normal d'après les dernières analyses, comme, depuis quelque temps, le poids du malade n'a pas varié, comme on a reconnu, par plusieurs expériences, l'absence de glycosurie alimentaire, M. Bouchard croit un peu moins au cancer et un peu plus au calcul; il se prononce alors pour l'opération, que le malade accepte grâce à cette haute influence et nous la pratiquons le 13 août. M. Périer nous avait promis son concours, mais il avait dû s'absenter de Paris, et c'est notre collègue, M. Chaput qui voulut bien nous servir à la fois d'aide et de conseil.

II. — Une incision de 14 centimètres environ est pratiquée sur la ligne médiane, 7 centimètres au-dessus, 7 centimètres au-dessous de l'ombilic; nous arrivons sous le foie énorme et d'une couleur brune très foncée sous son rebord mousse, apparaît la vésicule biliaire; son volume dépasse les deux poings, et comme elle est rejetée en dehors, nous devons, pour l'atteindre, nous donner du jour et, à notre incision verticale, nous ajoutons un débridement transversal. La vésicule et le canal cystique, explorés du doigt, sont libres, mais le cholédoque vers la tête du pancréas est nettement oblitéré par un calcul du volume d'une noix. Il est si enclavé et si profondément situé que son extraction nous paraît impossible. Nous cherchons alors le duodénum, peu accessible aussi et nous voyons qu'on ne saurait le rapprocher de la vésicule. Il en est de même de la première anse jéjunale; aussi prenons-nous une anse grêle quelconque, qui puisse, sans traction dangereuse, être mise en contact avec la vésicule.

Nous ponctionnons avec une aiguille de Dieulafoy, la vésicule isolée des organes voisins par des compresses stérilisées; la bile, sirupeuse, noire comme du goudron, s'écoule avec peine d'abord, puis elle devient plus fluide et nous en retirons ainsi 480 grammes. C'est alors que nous nous mettons en mesure de pratiquer l'entérostomie : Une première rangée de sutures séro-séreuses est placée d'une part sur la vésicule, perpendiculairement à son axe, et le plus près possible de son fond, d'autre part sur l'intestin parallèlement à son axe et le plus près possible de son insertion mésentérique; 6 points séparés à la Lembert sont ainsi passés avec

l'aiguille à pédale de Chaput; puis une deuxième rangée séro-séreuse absolument identique à un centimètre au-dessus de la première. Vient alors le deuxième temps, l'incision de l'intestin et de la vésicule; cette double boutonnière, de 1 centimètre et demi, est faite à 1 centimètre au-dessus de la dernière ligne de suture et les lèvres de la plaie saignante sont saisies avec les pinces à crémaillère.

Un étage de sutures muco-muqueuses unit les lèvres postérieures de la boutonnière intestinale et de la boutonnière de la vésicule; les fils en sont noués dans la lumière des deux conduits. Nouvelle rangée muco-muqueuse sur les deux lèvres antérieures, mais nouée cette fois hors de la lumière de l'intestin. Nous pratiquons alors une cinquième ligne de sutures, mais celle-ci séro-séreuse et identique aux deux premières; elle est située à 1 centimètre au-dessus de la double boutonnière; nous aurions voulu en placer une sixième, mais l'étoffe manque du côté de la vésicule et nous nous oontentons alors de placer çà et là quelques points de renfort. La toilette du péritoine est pratiquée avec des éponges sèches; nous suturons la paroi abdominale et le malade, rapporté dans son lit, ne doit prendre dans la journée que de la glace et quelques cuillerées de grog.

Le samedi soir, le dimanche furent excellents, et jusqu'au lundi matin la température ne dépassa pas 37°. Dans l'après-midi l'opéré fut pris tout à coup d'un violent frisson avec claquement de dents et la colonne mercurielle dépassa 40°. Je trouvai l'opéré faisant ses adieux à sa famille et j'eus peur. Cependant le ventre restait souple; il n'y avait pas de douleur, pas de vomissement; le soir, la température redescendait à 38°, à 37° le mardi matin; il est vrai que, vers deux heures, il survint un nouveau frisson, mais moins intense que la veille et ce fut notre dernière alerte; le mercredi, selle abondante, et l'apyrexie était complète; au septième jour j'enlevai les fils; la réunion était obtenue; le quinzième jour le malade se levait. Le succès opératoire était donc superbe.

En était-il de même du succès thérapeutique? Un premier point, c'est que, dès l'intervention terminée, la démangeaison avait disparu; le malade qui, sur le lit d'opération, se grattait sans mesure, même au début de la chloroformisation, remarqua, presque au réveil, que le prurit avait cessé. Dès les premiers jours aussi l'albuminurie disparut; puis l'urine se décolora, le pigment biliaire au quatrième jour était beaucoup moins abondant et il n'y en eut bientôt plus de trace. L'appétit revint et, dès le septième jour, le foie, qui avant l'intervention mesurait 28 centimètres sur la ligne mamelonnaire, n'en avait plus que 17. Mais il restait un point noir : les premières selles avaient bien pris une certaine coloration et on y apercevait çà

et là les stries vertes de la bile, mais la sécrétion biliaire était fort diminuée, et le 31 août, 18 jours après l'intervention, lorsque M. Bouchard revint voir le malade, il constata que le bol fécal était trop abondant, la digestion incomplète, les matières encore décolorées et boueuses; il se demanda si les cellules hépatiques n'avaient pas été en partie détruites par cette obstruction totale qui avait persisté près de 11 mois : le pronostic demeurait en suspens.

Mais à ce jour, plus de trois mois et demi après notre intervention, nos appréhensions se sont dissipées et la situation est excellente. Notre collègue Sabourin, dont on connaît la compétence spéciale pour tout ce qui a trait au foie, nous écrit que les selles sont normales, moulées, colorées, l'appétit est bon, le foie ne dépasse pas les fausses côtes, la teinte des téguments est telle qu'avant la maladie et l'opéré a regagné onze kilogrammes, atteignant à peu près son poids primitif. Il ne se plaint, en définitive, que d'une douleur épigastrique qui revient parfois après les repas et que fait disparaître la position horizontale. En fait, ajoute M. Sabourin, M. de M... « vit de la vie commune à tous les gens bien portants ».

III. — Je voudrais insister sur quelques points de cette observation : lorsque le diagnostic fut précisé par l'exploration digitale qui révéla l'existence d'un calcul volumineux dans le cholédoque, il nous fallut opter soit pour une opération que j'appellerai directe : la cholédochotomie, ou pour une opération indirecte, l'entérostomie biliaire. La première, si elle eût été possible, était l'intervention de choix; d'abord elle eût rétabli le parcours normal des voies d'excrétion; et puis il y a tout lieu de croire que chez notre malade le calcul oblitérait non seulement le cholédoque, mais aussi le canal pancréatique. M. Œttinger avait, en effet, reconnu l'absence totale d'émulsion de l'huile d'olive ingérée en plusieurs circonstances. Cet obstacle eût été levé. Mais l'hypertrophie du foie était telle que le champ opératoire eût été au fond d'une sorte de puits où les sutures eussent été impossibles, aussi la délibération fut courte et la cholédochotomie écartée.

Il fallait pratiquer l'entérostomie biliaire : le lieu d'élection de l'anastomose eût été le duodénum et l'on sait que ce mode d'abouchement a pu être mené à bien. Mais, dans notre cas, il ne fallait pas y songer : le duodénum était trop profondément situé par rapport à la vésicule rejetée en dehors et en avant par l'hypertrophie du foie. M. Richelot nous dit bien que, avec beaucoup de douceur et de patience, « la situation la plus inextricable se débrouille ». D'abord je doute que, dans l'espèce, ces deux vertus eussent suffi, et puis, pour la douceur, c'est bien, elle ne coûte qu'au chi-

rurgien, mais la patience c'est autre chose; elle s'exerce aux dépens du malade et peut se traduire par un choc opératoire plus intense. Or, ici, ce choc n'était pas indifférent, on se le rappelle, notre malade était assez affaibli pour que, dans sa dernière consultation, Czerny ait, de ce fait, déconseillé toute intervention chirurgicale.

Je cherchai alors la première anse jéjunale, mais toujours pour les mêmes causes et grâce à la même hypertrophie du foie, elle ne put être mise au contact de la vésicule; je n'avais donc plus le choix et, saisissant l'anse grêle la plus voisine, c'est sur elle que je pratiquai la bouche biliaire. L'opéré en a-t-il souffert quelque dommage? Nous ne le croyons pas. Le premier mois les matières étaient mal digérées; mais il s'agissait là de sécrétion trop faible, d'un certain degré d'acholie et non d'un brassage imparfait et trop court du bol alimentaire avec les substances digestives de la bile. En effet, dès que la sécrétion est devenue plus abondante, les matières fécales ont pris un aspect normal. Aussi disons-nous que si le lieu d'élection de l'abouchement est évidemment le duodénum, on peut se résoudre, sans trop de regret, à prendre l'anse grêle la plus voisine, — et c'est le cas dans la plupart des observations publiées.

Un autre point qui mérite de nous arrêter est le long temps perdu par le malade avant d'accepter l'intervention; il y a là un grave danger qui peut devenir irréparable : dans ces obstructions du cholédoque la rétention est absolue et équivaut à ces ligatures des canaux excréteurs des glandes si connues des expérimentateurs : on sait leur retentissement sur les épithéliums; puis des cirrhoses graves peuvent en être la conséquence et, dans notre cas, nous avons vu combien la sécrétion biliaire avait diminué les premiers temps. Déjà elle a augmenté; le foie a repris son volume normal et paraît fournir une quantité suffisante de bile. Mais le mouvement de retrait de l'organe pourrait ne pas s'arrêter et l'atrophie est encore à redouter. Ces craintes seraient moins justifiées si le malade n'avait pas attendu onze mois avant de réclamer l'intervention.

Les symptômes étaient tels qu'il s'agissait, sans conteste, d'une obstruction du canal cholédoque et, en France du moins, les neuf médecins consultés étaient tombés d'accord pour proclamer ce point. Mais avait-on affaire à un cancer ou à un calcul? Une laparotomie eût donné la solution du problème. Il aurait donc fallu y recourir. D'ailleurs, même dans les deux hypothèses — calcul ou cancer — un traitement identique était indiqué. Ne devait-on pas, de toute nécessité, donner un libre écoulement à la bile dont la rétention devait, à brève échéance, détruire le foie et empoisonner

l'organisme? L'entérostomie biliaire devait assurer cette évacuation et on sait les services qu'elle a déjà rendus dans des cas de cancer. Aussi pensons-nous, — et ce sera notre conclusion dernière, — que, dans les obstructions du cholédoque, l'intervention chirurgicale doit être proposée dès qu'on a constaté l'échec d'une thérapeutique médicale rationnelle.

Discussion.

M. Terrier. Je désire faire quelques remarques à propos de la très intéressante observation de M. Reclus. J'ai vu ce malade et, contrairement à l'opinion des chirurgiens allemands qu'il avait consultés, j'ai pensé qu'il était utile de l'opérer; le résultat a démontré la justesse de mon conseil. Même après l'opération, je reste encore dans le doute sur le diagnostic exact de la lésion. M. Reclus a dit que nous avions formulé le diagnostic : *Obstruction du canal cholédoque par cancer ou calcul.* Mais l'exploration qui m'avait révélé la dilatation de la vésicule biliaire m'avait donné à réfléchir sur la nature de la cause obstruante. Il m'est, en effet, actuellement démontré que, loin de déterminer la dilatation, par la bile, du canal cholédoque et des conduits accessoires, la présence d'un calcul entraîne le plus souvent l'atrophie de la vésicule biliaire. Ce fait a été constaté 11 fois sur 18 observations. Le fait de la dilatation de la vésicule et la présence d'une tumeur dure dans la région de la tête du pancréas, me font encore hésiter sur le diagnostic. Chez un malade de mon service très semblable à celui de M. Reclus, j'ai fait la laparotomie et dès que j'ai eu constaté la dilatation de la vésicule, j'ai annoncé que je croyais à la présence d'un cancer.

Il y a un procédé qui peut aider à faire le diagnostic ; il consiste à enfoncer une aiguille dans la tumeur ; en cas de calcul le contact est caractéristique. Dans mon cas, j'ai fait cette exploration et j'ai pu me convaincre qu'il s'agissait d'un cancer de la tête du pancréas. Dans le cas de petite tumeur de la région de l'embouchure du cholédoque, il est difficile de se rendre un compte exact de la nature des lésions, surtout à une profondeur où il est presque impossible de manœuvrer et de suturer. Je ne suis donc pas complètement rassuré sur le sort ultérieur de ce malade ; une amélioration peut être due à l'écoulement facile de la bile et à la disparition de la septicemie biliaire ; mais je crains qu'il n'ait un cancer de la tête du pancréas.

J'ai été très étonné de relever dans les observations cette atrophie des voies biliaires et de la vésicule ; au moment de la discussion de cette question, au dernier Congrès de chirurgie, personne ne connaissait ce fait. Dans une observation, J. Bœckel n'a rien

trouvé, ni vésicule ni canal cholédoque. J'ai moi-même publié un fait de ce genre et chez une malade que j'ai vue avec M. Périer, la vésicule était remplacée par un petit noyau qui ne donnait nullement l'idée d'une poche. Ce sont des faits utiles à connaître. Une autre cause d'erreur peut être fournie par l'augmentation du volume du foie et l'hypertrophie d'un lobe qui est pris pour la vésicule.

L'atrophie des cellules hépatiques et l'hypertrophie des conduits biliaires qui se sont pour ainsi dire oblitérés, s'explique par une sorte d'inflammation chronique des voies biliaires. Ces détails étaient tout à fait inconnus des médecins et ils nous ont été révélés au cours de nos manœuvres d'intervention.

Je n'ai vu signaler nulle part la compression du canal de Wirsung soupçonnée par M. Reclus; je crois que cette compression ne peut être produite par un calcul, mais qu'elle est plutôt due à un néoplasme.

Quant au siège de l'anastomose, je l'ai moi-même placé sur le duodénum ; mais il faut reconnaître que l'on pratique l'abouchement où l'on peut. Deux fois, je l'ai fait avec la première portion du jéjunum.

M. Routier. M. Reclus a suturé la vésicule à l'intestin parce qu'il a rencontré de grandes difficultés à atteindre le canal cholédoque et à le suturer. Cette suture, après l'ablation des calculs, n'est pas indispensable. La brèche du cholédoque se referme très bien spontanément et la bile reprend son cours. Des expériences sur les animaux ont démontré ce fait et il semble possible de se passer de l'anastomose.

M. Terrier. La question est plus complexe : si la bile normale est innocente pour le péritoine, nous ne savons pas, dans ces conditions pathologiques de rétention, quel est l'état de ce liquide et quel serait son pouvoir septique. S'il contient des microbes, et en particulier le *bacterium coli commune*, la péritonite serait presque fatale.

Souvent, il existe des adhérences tellement prononcées que lorsqu'on a disséqué la vésicule, elle se trouve dans une cavité fermée, séquestrée, pour ainsi dire, en dehors de la grande cavité péritonéale ; B. Sutton a trouvé cette disposition et lui attribue la simplicité de la guérison de sa malade. Ce sont des points de pratique encore discutables.

M. Prengrueber. J'ai opéré une malade dans les mêmes conditions que celles de M. Reclus. Je pensais qu'il s'agissait d'un calcul ; nous n'avons rien trouvé. J'ai fait une fistule biliaire ouverte

à la peau ; la malade a succombé deux mois plus tard. A l'autopsie, j'ai trouvé un cancer siégeant à l'orifice du canal de Wirsung. La vésicule était dilatée ; ce qui vient à l'appui de l'opinion de M. Terrier. Ce cancer devait en même temps oblitérer le canal de Wirsung, mais le canal accessoire du pancréas fonctionnait sans doute et rétablissait le cours du liquide pancréatique.

M. Reclus. Je suis un peu ébranlé par l'opinion de M. Terrier pour l'appréciation du pronostic à porter chez mon malade. La régularité de la tumeur m'a fait pencher pour la présence d'un calcul, mais il ne s'agit que d'une impression et non d'une certitude. Mon malade est en si bon état actuellement que j'espère avoir raison ; je regrette de n'avoir pas fait l'exploration avec une aiguille.

Dans mon cas, la bile recueillie était aseptique et ne contenait aucun microbe ; elle se serait entièrement écoulée dans le ventre après la section du cholédoque ; car il n'y avait aucune adhérence. Je serais peu disposé à adopter la pratique dont nous a parlé M. Routier.

M. Terrier. On a signalé des *adénomes* de la tête du pancréas, c'est-à-dire des tumeurs à évolution bénigne ; peut-être s'agit-il d'un cas de ce genre.

Présentation d'instruments.

M. Bazy présente : 1° Un des appareils imaginés par M. Boisseau du Rocher pour l'éclairage des cavités naturelles (utérus, estomac, vessie). Celui-ci est l'endoscope ou mégaloscope vésical.

Il présente sur les appareils similaires contruits à l'étranger l'avantage 1° d'être français ; 2° de pouvoir être aseptisé à l'étuve ; 3° de permettre, l'instrument restant en place, de laver la vessie et de la débarrasser des mucosités du sang qui peut troubler le milieu liquide de la vessie.

M. Boisseau a construit trois endoscopes ; un à éclairage latéral, et à lumière située sur la concavité du bec, et deux à éclairage terminal (la lentille étant située au niveau du coude de la sonde), et à lumière située sur la convexité. De ces deux instruments l'un permet le renouvellement incessant du liquide, grâce à deux tubes d'écoulement soudés à l'instrument et qui en agrandissent un peu le diamètre.

2° Une pile électrique d'un modèle spécial destinée à éclairer la lampe et qui peut servir aussi à d'autres usages.

3° Deux accumulateurs construits par le docteur Frébault; l'un

excessivement léger permettant de faire de la galvanocaustie, facilement transportable, nullement encombrant, n'ayant aucun des inconvénients bien connus des piles, et qui peut marcher pendant deux heures consécutives; qui peut donc durer un mois si on ne s'en sert que quelques minutes chaque fois, comme c'est la règle. Le second accumulateur est un peu plus volumineux, mais ses dimensions n'atteignent pas 2 décimètres. Il sert à actionner des lampes électriques et il a une puissance de 16 volts. Il offre tous les avantages des piles sans en avoir les inconvénients.

J'ai eu occasion de me servir souvent des endoscopes de M. Boisseau du Rocher actionnés par les accumulateurs ; ils m'ont rendu l'un et l'autre de très grands services, l'endoscope en confirmant ou permettant de faire des diagnostics aussi facilement, et même plus facilement qu'on ne fait un diagnostic du fond de l'œil, l'accumulateur en rendant tout à fait pratique l'emploi de l'endoscope.

Présentation de pièce.

Tumeur de la capsule surrénale droite ; néphrectomie.

M. Schwartz. J'ai l'honneur de vous présenter une tumeur de la capsule surrénale droite que j'ai enlevée en faisant la néphrectomie à un homme de 41 ans qui souffrait depuis six ans et avait vu apparaître sa tumeur il y a un an.

Dépérissant de plus en plus, atteint de violentes douleurs et de crises diarrhéiques, il entra à l'hôpital Cochin, adressé par son médecin, le D[r] Meillot.

L'examen nous permet de constater l'existence d'une tumeur faisant saillie sous le foie, refoulant le côlon ascendant en avant, la paroi lombaire en arrière et présentant tous les caractères d'une tumeur du rein droit en léger prolapsus. Le malade urinait 1 litre et demi d'urine contenant 28 grammes d'albumine, sans pus ni sang. Jamais il n'y a eu la moindre hématurie; par contre 10 à 22 grammes d'urée par jour. Le rein gauche ayant été trouvé normal à la palpation je résolus malgré les conditions défavorables de tenter la néphrectomie transspéritonéale après palpation de l'autre rein pendant la laparotomie.

L'opération a été pratiquée le 25 novembre. Incision le long du bord externe du grand droit. Palpation du rein gauche qui nous le montre normal comme volume et comme consistance. Incision du mésocôlon étalé en avant de la tumeur qui remonte sous le foie; celle-ci est décollée de ses adhérences et pédiculisée; liga-

ture en trois portions du pédicule qui est réduit. Suture totale, par plans, de la paroi abdominale. Durée de l'opération, 1 heure. Le malade, après un choc grave (34°,2 de température), s'est remis; il urine actuellement 1 litre un quart environ et l'urine contient encore de l'albumine mais à la dose de 8 à 10 grammes seulement et 16 grammes d'urée par jour.

L'observation sera complétée par l'examen histologique complet et les suites définitives de l'intervention. Il s'agit d'ores et déjà, comme le montre la pièce et l'examen fait par M. Albarrau d'une tumeur de la capsule surrénale droite ayant refoulé et envahi le rein qui paraît normal dans sa moitié inférieure tout en lui adhérant complètement à sa partie supérieure. D'après l'analyse histologique sommaire déjà faite, il semble que cela soit un cylindrome de la capsule surrénale.

Discussion.

M. Tuffier. La question des rapports qui existent entre les tumeurs du rein et les néoplasmes de la capsule surrénale sont complexes. Et de ce qu'un néoplasme présente la constitution d'une tumeur des capsules surrénales on ne peut en conclure que son point de départ est dans ces organes. Et le refoulement de la glande rénale par la tumeur n'est pas non plus caractéristique. Grawitz et Israël ont décrit à la face profonde de la capsule propre du rein des follicules clos qni seraient une aberration de développement de la capsule surrénale et donneraient naissance à des néoplasmes qui refoulent ou envahissent le rein, ou se propagent à la capsule surrénale. J'en ai publié un exemple en 1888 dans les *Annales des organes génitaux*, j'ai consigné ces faits dans le *Traité de chirurgie* (t. VII, p. 614). Horn a publié tout récemment une étude sur l'histogénèse des tumeurs rénales développées aux dépens des germes migrateurs des capsules surrénales (*Wirchow. Archiv.*, t. CXXIX, fasc. 2, p. 191). Il peut donc s'agir d'un de ces néoplasmes dans le cas présent. Pour ce qui est de l'absence d'hématurie et surtout de l'albuminurie concomitante, j'ai noté ce dernier fait dans mon observation et dans un mémoire sur les tumeurs analogues du rein (*Annales des org. gén. urin. 1888*), j'insistais sur le silence des néoplasmes secondaires du rein.

Scrutin.

1° *Commission pour l'élection de correspondants et associés étrangers* (25 votants).

Sont élus membres de la commission : MM. Berger, Kirmisson,

Pozzi, Terrier, auxquels est adjoint M. Monod, membre de droit, secrétaire général.

2° *Commission pour la nomination de membres correspondants nationaux* (26 votants).

Sont nommés membres de la commission : MM. Polaillon, Terrillon, Reynier, Routier, auxquels est adjoint M. Monod, secrétaire-général.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 7 décembre 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de faire part de la mort du professeur Alfonso Corradi (de Pavie), membre associé étranger ;

3° *Craniectomie pour microcéphalie; kyste séreux de la fosse frontale gauche ; amélioration des fonctions cérébrales; guérison opératoire ; mort d'une affection intercurrente*, par M. Reboul (de Marseille) ; M. Monod, rapporteur ;

4° *Des adénites de la joue (adénites géniennes)*, par M. Paul Vigier.

5° M. Aldibert (de Toulouse), adresse deux exemplaires de sa thèse pour le concours du prix Duval (1893) : *De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse (spécialement chez l'enfant)*. Paris, 1892.

A propos du procès-verbal.

Sur une observation d'entérostomie biliaire.

M. Reclus. Dans notre dernière séance, la solide argumentation de notre collègue M. Terrier avait, je l'avoue, un peu ébranlé ma confiance en mon diagnostic et je me demandais presque si, malgré la sensation bien nette que m'avait donnée l'exploration digitale, je n'avais pas pris un cancer de la tête du pancréas pour un calcul du canal cholédoque. Mais depuis j'ai fait quelques recherches sur ce sujet intéressant, j'ai relu mes classiques, en particulier le remarquable mémoire de Bard et Pic, j'ai eu la bonne fortune de recevoir communication d'une autopsie fort démonstrative, et cette nouvelle enquête m'a beaucoup rassuré sur le sort de mon opéré.

L'argument principal de notre collègue, je dirai le seul, est l'existence, dans mon cas, d'une dilatation considérable de la vésicule biliaire. Or cette dilatation est la règle dans le cancer du pancréas, tandis que, tout au contraire, c'est l'atrophie que l'on observe dans la lithiase du canal cholédoque. Le récent mémoire de M. Terrier sur la *cholédochotomie proprement dite* établit ce point sur un nombre trop considérable de faits pour que nous ne le considérions pas comme acquis au débat. Et pour nous, nous admettons volontiers que la présence des calculs dans les voies biliaires irrite la muqueuse, l'ulcère, permet son inoculation par les germes pathogènes venus de l'intestin ; de là ces angiocholites plastiques qui se traduisent, en définitive, par le rétrécissement de la vésicule, l'épaississement de ses parois, la formation de néomembranes et d'adhérences.

Aussi la multiplicité des cholélithes et surtout leur long séjour dans les voies biliaires joueront-ils un rôle important dans le degré de leurs altérations. Et de fait les observations de M. Terrier nous montrent des calculs d'ordinaire volumineux et nombreux dans la vésicule atrophiée, dans le canal cystique et dans le cholédoque enveloppé de néo-membranes. Les malades ont souffert depuis deux ans, trois ans, six ans, quinze ans, vingt-trois ans. Les occasions d'angiocholite se multiplient avec l'ancienneté de la lithiase. Mais, par contre, les accidents inflammatoires peuvent ne pas éclater surtout dans les cas plus récents, et dans le mémoire de M. Terrier nous trouvons une observation de Braun de Kœnigsberg où les coliques hépatiques ne dataient que de huit mois. Ici, et cette constatation ne manque pas d'intérêt, la vésicule biliaire, autour

de laquelle on ne signale ni adhérences ni néomembranes, était plutôt dilatée.

Cette remarque nous serait déjà un argument, car dans notre cas il n'existait qu'un calcul à l'extrémité du cholédoque et les accidents remontaient tout au plus à onze mois. Mais laissons la théorie et voyons si l'atrophie invoquée par M. Terrier est assez générale pour être érigée en loi et pour suffire à infirmer notre diagnostic. En vérité, les dilatations sont-elles donc si rares dans la lithiase des voies biliaires ? Nous ouvrons un seul livre, les mémoires et discussions du dernier Congrès de chirurgie, et nous trouvons un cas de M. Terrier où une vésicule dont le canal cystique était oblitéré par un canal contenait 24 litres de liquide ; deux autres observations trop résumées pour qu'elles puissent nous être fort utiles, où il note cependant la « tuméfaction de la vésicule ». Un fait bien remarquable de Terrillon où le foie est volumineux comme dans ma propre observation ; la vésicule, lisse et libre d'adhérences, contient 37 calculs et 300 grammes de bile ; deuxième fait de Terrillon où la vésicule contient 3 calculs et 700 grammes de liquide ; un cas de Leonté, de Bucharest, où le foie est hypertrophié, et la vésicule biliaire, sans adhérences, est très dilatée ; elle renferme un calcul.

Dans ces observations nous ignorons s'il existait des calculs concomitants du cholédoque ; mais nous pouvons citer des cas où l'obstruction du cholédoque coexiste avec une dilatation de la vésicule. M. Chauffard, qui, dans son excellent article, signale cette rétro-dilatation des voies biliaires dans la lithiase, rappelle les cas de Raynaud et de Sabourin ; M. Terrier, dans son mémoire sur la cholédochotomie proprement dite, donne une observation de Billroth « où il s'agissait dans l'espèce, d'une vésicule biliaire augmentée de volume et remplie de calculs, qui se prolongeaient jusque dans le canal cholédoque ». Enfin nous pouvons signaler un cas inédit de Lancereaux : la vésicule, non adhérente était très dilatée ; elle ne contenait pas de calculs, mais on trouvait dans l'ampoule de Vater et faisant saillie dans le duodénum un gros cholélithe, allongé, de la forme d'une olive, ou mieux d'une balle cylindro-conique qui oblitérait absolument le cholédoque.

Il reste donc établi sans conteste que la lithiase biliaire et en particulier les calculs du cholédoque peuvent avoir pour conséquence une dilatation de la vésicule, libre d'adhérences et de néomembranes. Je n'ai donc pas à rejeter, *a priori* et de ce seul fait de dilatation, le diagnostic de calculs, en faveur duquel tout milite dès lors dans mon observation : l'âge du malade ; il a trente-six ans et le cancer du pancréas est d'ordinaire un cancer des vieux, l'hypertrophie du foie presque aussi fréquente dans la lithiase

qu'elle est rare dans les néoplasmes de la tête du pancréas, l'absence de glysocurie alimentaire, le coefficient normal de l'urée, et surtout deux signes d'une grande importance : l'absence de cachexie cancéreuse, l'excellent état de notre opéré depuis l'intervention d'une part, et d'autre part la forme et le volume de la tumeur que l'exploration digitale nous a permis de constater.

Et d'abord l'absence de cachexie: tous les auteurs sont d'accord pour déclarer que le cancer du pancréas est le plus redoutable des cancers viscéraux : Mondière, Vernay, Raymond, Tripier, Bard et Pic, Mathieu, constatent qu'il ne dure guère que deux, trois ou six mois en moyenne: or dans notre cas les premiers accidents remontent à septembre 1891 et l'ictère à février 1892; avant l'opération, certes, notre opéré n'était pas brillant, cependant c'est en se basant en partie sur la conservation de l'appétit et l'état des forces que MM. Hanot et Dieulafoy portent le diagnostic de calcul et que M. Bouchard abandonnait sa première idée de cancer. A cette heure, quinze mois depuis le début des premiers accidents, non seulement notre opéré n'est pas mort, mais une dernière lettre m'apprend qu'il a augmenté régulièrement d'un kilo par semaine. Or l'intervention ne suffit pas à elle seule pour expliquer ce retour complet à la santé : Bard et Pic nous citent des cas où l'entérostomie biliaire et la cholécystomie ont été à peu près inutiles. L'observation de M. Terrier nous paraît une de celles où la cholécystentérostomie a produit les meilleurs effets : or après l'opération « l'état général ne fut pas trop mauvais » et la survie aurait été à peine de six mois.

Enfin, dernier argument, le cancer de la tête du pancréas, d'après la relation des autopsies que j'ai pu lire, affecte deux formes : dans l'une, fort rare, la tête du pancréas conserve son volume primitif, mais elle est sclérosée, squirrheuse, et se prolonge çà et là en travées dures, en prolongements résistants qu'on peut suivre du doigt ; dans l'autre, la plus fréquente, le cancer a le volume d'un gros œuf, d'une orange, du poing, d'une tète de fœtus, pour prendre les termes de comparaison donnés dans le mémoire de Bard et Pic. Eh bien, dans notre cas, la grosseur que nous avions sous la main ne rappelait aucune de ces deux formes, ce n'était ni le squirrhe à prolongements scléreux, ni la masse du néoplasme, c'était une tumeur du volume d'une noix, dure, arrondie, régulière, ovoïde, en tout semblable aux cholélithes observés dans cette région. Aussi, après la dernière séance où il avait entendu les objections de M. Terrier, M. Chaput qui, lui, avait touché le corps du délit, me disait : C'est égal, c'est un calcul !

M. Terrier. Je n'ai pas besoin de vous dire que j'ai la plus entière

confiance dans la bonne foi de mes collègues. Mais il y a dans les assertions de M. Reclus des choses que je comprends mal. Il y a lieu de distinguer les obstructions du canal cystique et celle du canal cholédoque. Sur dix-huit observations, j'ai remarqué que toute observation du canal cholédoque s'accompagne exceptionnellement de la dilatation de la vésicule: ce fait est la règle. Dans l'observation de M. Billroth, il s'agissait d'un calcul du canal cystique ; et dans le cas d'oblitération du canal cystique, j'admets absolument la dilatation de la vésicule.

Il m'est difficile d'admettre qu'il n'y a pas d'hypertrophie du foie dans le cancer de la tête du pancréas ; j'ai observé le contraire. L'*âge* ne me paraît pas non plus avoir une grande importance ; mon malade n'avait pas quarante ans. Sa tumeur était toute petite et, pour faire le diagnostic, j'ai dû pratiquer en plusieurs points la ponction avec une aiguille. J'ai fait l'anastomose de la vésicule avec l'intestin. Ce même malade n'avait pas de glycosurie expérimentale et ne présentait pas de diminution de l'urée. On ne peut donc, à mon avis, tirer de conclusions d'une observation qui est unique.

La mort peut ne pas être si rapide dans le cancer du pancréas; j'ai enlevé, il y a quatre jours, une tumeur kystique du pancréas qui existait depuis *deux ans ;* or, cette tumeur n'était autre qu'un cancer du pancréas avec une hémorrhagie. Les cas sont différents et les symptômes varient suivant le siège de la tumeur.

J'ai dit qu'il pouvait y avoir dans cette région d'autres lésions que le cancer; j'ai observé un cas et M. Hayem m'a montré un malade présentant tous les symptômes de l'obstruction du canal cholédoque et où l'on a trouvé une *sclérose* de la tête du pancréas avec oblitération du cholédoque. Il peut donc y avoir une chance de ce genre chez le malade de M. Reclus. Car, je répète en terminant que je ne crois pas ce malade atteint d'un calcul du canal cholédoque.

M. Reclus. Dans l'observation de Billroth, il y avait des prolongements du calcul dans le canal cholédoque ; dans le cas de Lancereaux, le calcul était parfaitement situé dans ce canal lui-même. Dans un cas aussi difficile, il ne faut pas s'attacher qu'à un signe, il faut s'attacher à l'ensemble des symptômes et c'est en tenant compte de cet ensemble que j'ai fait ce diagnostic.

Rapport.

Hernie enkystée congénitale dans une hydrocèle funiculaire également congénitale, par le Dr P. Michaux, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. Terrillon.

M. Michaux a présenté à la Société de chirurgie une petite pièce extrêmement intéressante au point de vue de la pathogénie des hernies enkystées, dont elle me semble constituer une variété tout à fait rare sur l'homme. Je donnerai un résumé de l'observation.

Il s'agit d'un petit garçon de 3 ans, qui a été adressé dans le service de M. Labbé par le Dr Paul Boncour, avec une petite tumeur de la moitié droite du scrotum qui avait pris un certain développement dans ces derniers temps.

La tumeur était transparente, irréductible, indépendante du testicule que l'on sentait nettement à la partie inférieure. Bien que le canal inguinal fût distendu en partie, on n'y sentait pas d'impulsion bien nette.

Le diagnostic fut : hydrocèle enkystée du cordon développé dans un segment du canal péritonéo-vaginal. L'opération faite confirma absolument le diagnostic, mais à notre grande surprise, elle nous montra en plus l'existeuce d'un sac herniaire vide enkysté dans la cavité de l'hydrocèle et se continuant, comme je l'ai dit plus haut, avec le péritoine par l'intermédiaire du segment inguinal du canal péritonéo-vaginal.

Le sac de l'hydrocèle n'adhérait presque plus en bas à la tunique vaginale laquelle renfermait le testicule et l'épididyme enfermés normalement.

En haut ce sac de l'hydrocèle se continuait manifestement avec le segment inguinal du canal péritonéo-vaginal, dont il était séparé par un petit diaphragme circulaire des bords duquel descendait le sac enkysté sous la forme d'un petit sac blanchâtre demi-transparent, absolument fermé et ne renfermant aucun liquide.

Il s'agit donc bien non plus d'une hernie enkystée de la tunique vaginale (variété d'A. Cooper), mais d'un sac herniaire enkysté dans une hydrocèle enkystée funiculaire. Le développement des deux segments aux dépens du canal péritonéo-vaginal ne saurait faire de doutes.

Par contre, il est plus difficile d'expliquer la formation du sac enkysté, sans doute l'intestin eût pu refouler devant lui la portion médiane amincie du diaphragme, mais nous n'avons pas constaté la descente de l'intestin, le sac était bien développé quoique flasque et quoique confondu sur les bords avec ce diaphragme circulaire, il avait une apparence toute différente.

La pathogénie de ces sacs n'est donc pas facile à expliquer.

La pièce n'en reste pas moins intéressante en raison de la netteté avec laquelle nous avons pu observer la disposition anatomique, et aussi en raison du jeune âge du sujet qui nous l'a fournie.

Ce fait est absolument comparable à ceux qui ont été rapportés chez la femme dans les deux dernières séances, par MM. Berger, Terrillon, Reclus, Routier, etc...

Il appartient à la catégorie des hernies enkystées, mais il offre ceci de particulier qu'il a été observé chez l'homme sans que le sac de l'hydrocèle eût la moindre communication avec la tunique vaginale. — L'adhérence qui les unissait était des plus faibles et la séparation s'est faite sans la moindre difficulté et sans aucune perforation.

Je conclus donc en vous proposant de publier l'observation de M. Michaux dans nos Bulletins, et de l'inscrire sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

Discussion.

M. Championnière. J'ai écouté avec intérêt le rapport de M. Terrillon. Mais je crois que ses observations comme celle de Michaux, ne doivent pas être isolées comme cas très exceptionnels. Elles ne représentent qu'une des formes des défectuosités de la réparation du canal vagino-péritonéal.

Les variétés de hernie congénitale qui se rapprochent de celle-ci sont nombreuses. Nous rencontrons par exemple des séries de kystes reliant la vaginale oblitérée au cul-de-sac herniaire. Quelquefois le cul-de-sac herniaire repousse et pénètre un de ces kystes, comme il en pénètre dans le cas actuel la vaginale.

Dans une autre anomalie bien plus commune et sur laquelle j'ai longuement attiré l'attention dans mon *Traité de la cure radicale des hernies*, la vaginale ne s'est pas oblitérée en haut; elle est bien séparée de l'abdomen mais elle remonte jusque dans le canal inguinal. La hernie descend en arrière de cette vaginale très élevée, présente des adhérences avec elle et on observe alors une disposition se rapprochant infiniment de celle de M. Michaux.

Si on voulait faire une sorte d'entité de toutes ces variétés, on arriverait sans intérêt à multiplier ces faits dits extraordinaires.

Il est beaucoup plus intéressant de les rapprocher tous les uns des autres et de ne les considérer que comme des transformations imparfaites du canal vagino-péritonéal.

L'indication pratique pour toutes ces variétés est la même, disséquer toute la partie supérieure du canal herniaire le plus haut possible, même sans se préoccuper de la lésion inférieure et de

ses rapports avec le sac. La lésion intéressante, en effet, n'est que la hernie développée ou en voie de développement.

M. Terrillon. Au point de vue pratique, il est important de savoir qu'on pourrait n'opérer que le kyste et méconnaître cette hernie en préparation, tandis qu'on peut prévenir la formation de celle-ci, si on opère plus complètement.

M. Championnière. Je suis tout à fait de cet avis ; j'ai dit qu'il y avait là une amorce pour la hernie et il est important de la reconnaître et de la supprimer.

Les conclusions du rapport de M. Terrillon sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

De la rupture des voies biliaires consécutive aux contusions abdominales,

Par M. A. Routier, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Depuis que les progrès réalisés par la thérapeutique chirurgicale nous permettent de remédier dans certains cas aux blessures des organes contenus dans l'abdomen, on a étudié avec le plus grand soin les traumatismes de la région ; et pour bien des cas, on en est arrivé à poser des indications assez précises.

Il semble cependant que tout l'intérêt de cette étude ait été absorbé par les lésions du tube digestif et celles de la vessie ; on a aussi étudié les graves lésions du foie, mais les auteurs se sont beaucoup moins occupés des lésions des voies biliaires consécutives aux traumatismes abdominaux.

Les hasards de la clinique m'ayant fait rencontrer un cas de cette nature, il m'a paru intéressant d'étudier la question et de passer en revue les observations analogues pour voir s'il était possible de formuler des règles précises sur la conduite à tenir en pareil cas.

Je ne m'occuperai que des lésions des voies biliaires, rupture des conduits ou de la vésicule, suivis de l'épanchement de bile dans le péritoine, lésions consécutives aux traumatismes sans plaie de la région abdominale.

Les plaies de ces organes causées soit par des coups de feu, soit par des blessures à l'arme blanche forment un ensemble pathologique tout à fait distinct.

Aussi bien les lésions dont je vais parler sont-elles rares, j'en

ai pour ma part observé un cas, et j'ai recueilli fort peu de faits dans la littérature médicale.

La pathogénie de ces lésions est fort difficile à établir, c'est presque toujours à la suite d'un choc violent agissant dans la région hépatique qu'on les observe, presque toujours, la force vulnérante agit de bas en haut, et sa surface d'application est relativement exiguë.

C'est dans mon cas un coup de pied violemment appliqué par un enfant de 13 ans à un gamin du même âge ; une autre fois, c'est l'extrémité du balancier d'une pompe à incendie (Drysdale), un choc dû au montant d'une échelle (Barlow), le coup d'un tampon de chemin de fer (Uhde) frappant par un de ses bords. La cause est quelquefois plus obscure : chute du haut d'un arbre, (Thompson, Landerer), d'autres fois, l'auteur se contente de dire choc violent sur la région hépatique (Fryer).

Dans le cas très détaillé d'Arbuthnot Lane, le patient avait été frappé au-dessous du foie par le bout du timon d'une voiture, de même dans celui de Hermes.

Comment les canaux biliaires à leur sortie du foie bien entendu, comment la vésicule sont-ils rompus ? Nous ne pouvons faire que des hypothèses, mais si nous considérons que sous le choc violent dû à un objet relativement mince, la paroi abdominale peut être profondément refoulée sous le foie, il se produit une contusion presque directe des voies biliaires, une sorte de compression brusque entre la glande d'une part, fortement appuyée dans la concavité du diaphragme et contre la paroi postérieure du tronc, et la force contondante coiffée de la paroi abdominale d'autre part : les voies biliaires sont donc comme écrasées et éclatent.

D'après mon observation en effet, il semble que cette rupture se produise presque toujours en avant, comme si la force contondante provoquant l'effacement de la lumière du canal cholédoque, refoulait violemment la bile qui ne trouvant pas d'issue ferait éclater soit la vésicule, soit les canaux cystiques ou hépatiques.

Un degré de plus dans cette contusion, et on assisterait à ces graves désordres se produisant dans la glande hépatique elle-même et produisant les éclatements du foie, lésions qui ne ressortent plus alors que de la table d'amphithéâtre.

L'anatomie pathologique n'est pas moins obscure, car, ou les malades ont guéri, et il plane toujours un mystère sur le lieu de la rupture qui cependant a évidemment existé, ou bien, ils ont presque toujours assez vécu pour permettre aux lésions de disparaître ou d'être tellement cachées par les néomembranes, qu'on n'a pas pu déterminer le siège exact, cas de Barlow.

A défaut d'anatomie pathologique chez l'homme, au moins pour-

rions-nous dire ce qui se passe chez l'animal grâce aux expériences de Rodolfo Schwartz datant de 1889.

Nous sommes loin de l'époque où on croyait mortel tout épanchement de la bile dans le péritoine, nos classiques du reste relèvent cette erreur et citent à l'appui les observations de Fryer que beaucoup appellent Frijene, et celle de La Bigue Villemer et de Barlow. J'ai pu en recueillir d'autres.

Au point de vue expérimental, Ruggi a pu du reste réséquer des morceaux assez gros du foie, refermer le ventre sans se préoccuper ni de l'hémostase ni de l'écoulement de la bile, et voir les animaux guérir.

Loretta et Tizzoni ont avancé je ne sais trop sur quelle donnée que la bile n'était nuisible dans le péritoine que lorsqu'elle avait séjourné dans la vésicule.

Bien autrement concluantes sont les expériences de Rodolfo Schwartz ; il a commencé par s'assurer qu'il pouvait impunément injecter 20 centimètres cubes et plus de bile de chien ou de veau dans le péritoine d'un chien ou d'un lapin ; puis, il a fait à un chien une fistule biliaire, laissant la vesicule ouverte dans l'abdomen dont il refermait la paroi ,

Pendant les premiers jours, l'urine renferme de la bile en quantité, mais après trois, cinq ou huit jours, il n'y en a plus trace.

La température baisse les premiers jours, mais redevient vite normale.

Sacrifiant ensuite le chien, il constate qu'à part quelques adhérences du foie, et de l'épiploon à la paroi, il y a peu de lésions. Quant à la plaie de la vésicule on ne peut plus trouver ses traces ; et cela même si on enlève un fragment important de la vésicule ; tout au plus la paroi est-elle plus mince au niveau de la cicatrice.

Ces expériences jettent la plus complète lumière sur la marche des symptômes observés chez l'homme à la suite de la rupture des voies biliaires.

C'est en effet la même série d'accidents qui se déroulent chez tous les malades : toutes les observations sont pour ainsi dire calquées les unes sur les autres :

A la suite du choc, le sujet se trouve mal, la syncope est plus ou moins longue, quand il revient à lui, il accuse de vives douleurs dans là région hépatique, surtout vers l'ombilic, et presque aussitôt les vomissements se montrent, alimentaires si le traumatisme a suivi de trop près le dernier repas, mais bientôt bilieux.

Le ventre gonfle, le météorisme s'accuse, on observe les symptômes de la péritonite, mais dans le cas que j'ai suivi dans les observations que j'ai lues, on voit que cette péritonite se limité ;

mon malade dès le lendemain rendait des gaz, sa langue n'était pas rôtie, son poul n'était pas affolé.

A mesure que les accidents aigus et que les symptômes généraux s'apaisent, les signes locaux prennent de l'importance, le ventre devient arymétrique, ou tout au moins, perçoit-on de la sonorité à gauche, de la matité à droite, les signes de l'épanchement se prononcent, la lésion est constituée, la bile qui a coulé dans le péritoine a occasionné une inflammation partielle qui la cantonne, qui l'enkyste ; bien entendu les limites de cet épanchement varieront suivant les cas, mais jamais cependant il n'arrive à se généraliser tout à fait, à remplir la grande cavité péritonéale.

Dans le cas que j'ai pu observer, l'épanchement biliaire était limité vers la ligne médiane par une cloison verticale formée par les adhérences de l'épiploon et de l'intestin à la paroi abdominale : mais vers le bas, les traces de l'inflammation péritonéale disparaissant, le liquide pénétrait dans le petit bassin.

Cet épanchement, si on laisse les choses suivre leur cours naturel, n'a pas de tendance à se résorber ; il peut même acquérir dans certains cas des proportions telles qu'il gêne la respiration par son volume, et ce fut là une des causes qui firent proposer la paracentèse dans une des observations que nous citons plus bas :

Bien plus, après la ponction, il y a de la tendance à la reproduction, et dans presque tous les cas, il a fallu ponctionner à maintes reprises.

L'état général est quelquefois très touché, Landerer dans son observation dit : « Bien que, puisque mon malade guéri je n'aie pu constater *de visu* la lésion des voies biliaires, il est certain qu'il avait bien une perforation de la vésicule, car il a eu tous les symptômes caractéristiques d'une fistule biliaire, émaciation, perte des forces, décoloration partielle des matières, nature du liquide épanché. »

Dans le cas d'Arbuthnot Lane, le malade ne pouvait se coucher que sur le dos, presque assis, et ne mangeait plus.

On est donc amené forcément à intervenir chez ces malades : à quel moment, et comment faut-il intervenir, c'est ce que j'étudierai après vous avoir cité les observations :

Voici d'abord l'observation que j'ai pu recueillir :

Pendant ces vacances, alors que j'avais l'honneur de remplacer à l'hôpital Cochin mon excellent collègue et ami Quénu, on m'apporta un enfant de douze ans, le 3 août 1892, avec tous les signes d'une péritonite.

Trois jours auparavant il avait reçu, de la part d'un petit camarade, un violent coup de pied dans le ventre, plus exactement, sur la région

hypogastrique droite; aussitôt, il avait ressenti une vive douleur, avait perdu connaissance, et n'avait pas tardé à vomir.

Puis, le ventre s'était mis à gonfler, les vomissements devenant incessants, on avait amené cet enfant à l'hôpital.

Le 3 août, quand je le vis pour la première fois, le ventre était uniformément ballonné, sensible partout, mais plus particulièrement dans la région sous-hépatique; la langue était sèche, le pouls rapide et petit, la température élevée. Les vomissements bilieux, porracés, il s'agissait évidemment d'une péritonite : mais l'enfant ayant rendu des gaz depuis son arrivée à l'hôpital, il me sembla qu'on pouvait attendre; je fis appliquer une forte vessie de glace sur le ventre, on pratiqua une injection de morphine, et je prescrivis une diète absolue, on devait se contenter pour calmer la soif de lui rafraîchir la langue et les lèvres avec du liquide, sans lui permettre de l'avaler.

En trois jours les symptômes s'amendèrent, l'intestin se mit à fonctionner, on put avec beaucoup de modération alimenter l'enfant; tout alla si bien, que sa mère le trouvant suffisamment guéri, l'emmena le sixième jour malgré mes conseils.

Je ne tardai pas à le revoir, le 26 août on le ramenait à Cochin. J'appris que le soir même de la sortie il avait été repris de douleurs et de vomissements, mais bientôt tout s'était apaisé de nouveau et quinze jours après, l'enfant se levait et sortait.

Mais, comme je l'ai dit plus haut, on le ramena le 26; il avait été subitement repris sans cause apparente de coliques, de vomissements et de diarrhée; le facies était grippé, le pouls petit, le ventre gonflé et douloureux contenait outre des intestins ballonnés, du liquide en assez grande abondance, surtout dans la région hypogastrique droite primitivement atteinte.

Dès le lendemain de son entrée, cette péritonite avec épanchement évoluait comme une péritonite subaiguë, l'enfant était extraordinairement amaigri. J'appris alors qu'à l'âge de sept ans, à la suite d'une chute sur le ventre il avait été longtemps malade, avec des alternatives de diarrhée et de constipation, de sorte que rattachant ces commémoratifs aux faits récents et aux symptômes présents, je pensai qu'on pouvait avoir affaire à une péritonite tuberculeuse réchauffée par le coup de pied reçu vers la fin de juillet, et je proposai la laparotomie aux parents qui l'acceptèrent.

Elle fut pratiquée le 7 septembre 1892 avec le concours de M. Bernardbeig, interne du service.

Je fis d'abord une petite incision sous-ombilicale qui fut assez délicate à mener à bonne fin, car je tombai en incisant le péritoine sur des anses d'intestin grêle adhérentes à la paroi. Je pus cependant sans les blesser pénétrer dans la cavité péritonéale, il s'écoula immédiatement alors un litre et demi environ d'un liquide mousseux, couleur bronze, vert bouteille, absolument analogue à de la bile. J'en fis mettre de côté, pour l'analyser chimiquement et aussi au point de vue des microorganismes, mais c'était pendant les vacances, les pièces ont été oubliées et perdues.

Ce liquide était répandu dans tout le ventre, mais d'une façon inégale ; la principale collection était dans le flanc droit, siège du traumatisme, et se limitait par d'épaisses fausses membranes qui cachaient la face inférieure du foie et le colon ascendant, puis par des adhérences solides de l'intestin grêle tout le long de la ligne médiane, adhérences qui avaient rendu difficile la pénétration dans la cavité péritonéale; par en bas, au contraire, les traces de péritonite disparaissaient, les anses intestinales avaient leur poli normal, teintées seulement en vert par l'inbibition du liquide qui les baignait, ces anses n'opposaient donc à ce liquide qu'une barrière incomplète, aussi avait-il pénétré dans le petit bassin qu'il remplissait et même dans le flanc gauche sur l'autre face du mésentère, mais en bien moindre quantité.

Après avoir laissé couler tout le liquide, et pour bien évacuer le petit bassin et le flanc gauche, je fis soulever l'enfant par les pieds, et le fis renverser fortement sur le côté, comme nous avons l'habitude de le faire à l'École pratique pour vider les cadavres; grâce à cette manœuvre, jc pus rapidement avec quelques éponges mettre l'abdomen à sec; nulle part je ne vis traces de tubercules, tout me parut au contraire dépendre du traumatisme de juillet dernier; et bien que convaincu qu'il y avait eu à un moment donné rupture des voies biliaires, ce qui me paraissait indispensable pour expliquer la présence de cette quantité notable de bile dans la cavité péritonéale, comme tout restait sec, qu'il ne paraissait venir ni du liquide pareil à celui que nous avions évacué, ni de la bile, je crus plus prudent de m'en tenir là, et de respecter les fausses membranes qui me cachaient et le foie et la vésicule, d'autant que dans mon hypothèse, ces fausses membranes pouvaient avoir obstrué la rupture supposée. Je me contentai donc de frotter les parois de cette cavité avec une éponge antiseptique saupoudrée d'iodoforme, et je refermai le ventre.

Les suites furent des plus simples, le liquide ne se reproduisit pas, huit jours après nous enlevions les fils, la réunion était complète et l'enfant sortait guéri le 9 octobre 1892.

Voici les observations que j'ai pu recueillir dans les auteurs :

La plus ancienne, dont je n'ai malheureusement que le titre est due à Fizeau avec l'indication *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, Paris, 1806, l'exemplaire n'existe pas à la Bibliothèque, mais voici ce titre : Observations sur une rupture du conduit cholédoque avec épanchement de bile dans le ventre, suivie d'autres observations analogues et de réflexions sur la couleur jaune des ictériques.

Le cas de Fryer, cité partout, remonte à 1813.

Il s'agit d'un enfant de 13 ans qui reçoit un coup violent dans la région hépatique et vomit de la bile : le troisième jour l'état est désespéré, les vomissements sont incessants, le ventre très gonflé, le pouls petit et misérable : mais il se produit une selle copieuse, et le mieux se déclare en même temps qu'un ictère intense.

Puis les symptômes s'amendent, et on découvre les signes d'un épanchement dans la moitié droite du ventre, une ponction donne treize pintes de liquide semblable à la bile.

Douze jours après, seconde ponction, quinze pintes de bile.

Neuf jours après, troisième ponction, treize pintes de bile.

Six autres ponctions sont successivement faites, et l'enfant guérit.

Barlow, en 1844, publie un fait qui, dit-il, a la plus grande analogie avec celui de Fryer, il ne connaît qu'un autre cas semblable, celui que cite Thompson, d'Edimbourg, dans son *Traité des maladies du foie*, et qui est le suivant :

Un jeune homme tombé d'un arbre présenta tout d'abord des symptômes très graves qui furent suivis d'un gonflement énorme du ventre, le vingt-quatrième jour après l'accident, on pratiqua la paracentèse à droite pour faciliter la respiration qui s'embarrassait, et on fut très étonné de retirer seize pintes de bile ; on renouvela cette ponction quelques jours après avec le même résultat, mais le malade était tellement bas qu'il mourut. Il avait eu évidemment une rupture des voies biliaires, *cependant, dit l'auteur, les plus minutieuses recherches faites à l'autopsie furent vaines, on ne trouva pas trace de déchirure soit de la vésicule, soit des canaux biliaires*, tant les néo-membranes encombraient toute la face inférieure du foie.

Voici maintenant l'observation de Barlow :

Appelé auprès d'un homme de 54 ans qui avait été fortement heurté dans la région du foie par le montant d'une échelle, il le trouva en assez mauvais état.

Quarante jours après, après bien des péripéties, la bile n'avait pas encore passé dans les selles, l'hypochondre droit était plein de liquide, de sorte que je pensai, dit l'auteur, que mon hypothèse du premier jour était vraie, c'est-à-dire que j'avais bien eu affaire à une rupture des voies biliaires.

Une ponction me permit de retirer sept quarts de liquide tout à fait analogue à de la bile, le malade alla mieux.

A une seconde ponction j'obtins six quarts de liquide analogue qui fut analysé par MM. Pereira, Rech et Taylor, lesquels me déclarèrent que c'était de la bile.

Six ponctions furent encore faites, donnant à peu près toujours la même quantité, enfin, en décembre, trois mois passés après l'accident, les selles reprirent leur coloration normale, et deux mois après le malade était guéri.

C'était là certainement un cas de rupture des voies biliaires.

Drysdale en 1861 observe le cas suivant :

Un enfant de 13 ans avait reçu un choc violent dans la région hépatique dû à la percussion du balancier d'une pompe à incendie.

Il avait vomi du sang trois jours durant; les selles contenaient aussi du sang; l'urine d'abord sanglante fut colorée encore pendant une semaine.

L'ictère apparut le troisième jour.

Le ventre distendu par du liquide fut ponctionné six jours après l'accident, on retira deux gallons de liquide semblable à la bile, mais vingt et un jours après l'enfant mourait épuisé.

A l'autopsie, la cavité abdominale parut presque complètement occupée par un kyste à parois verdâtres, peu adhérent aux parois antérieure et latérale de l'abdomen; ce kyste contenait du liquide analogue à celui de la ponction, de la bile; il refoulait à gauche tout le paquet intestinal et n'était arrêté que par l'insertion du mésenthère.

Sur la face interne du kyste, on put découvrir un orifice qui communiquait avec le canal cholédoque, trois quarts de pouce au-dessous du conduit cystique.

L'auteur explique la formation de ce kyste par la rupture du canal cholédoque dans l'épaisseur du méso-gastro-hépatique dont la bile aurait dédoublé les feuillets.

Uhde, en 1880, cite le cas suivant :

Un employé de chemin de fer reçut dans la région du foie un coup de tampon, il perdit connaissance, puis ressentit de violentes douleurs dans l'abdomen.

Huit jours après, l'état était encore très grave, les lèvres sèches, le pouls rapide; le ventre gros présentant de la fluctuation avait 135 centimètres de circonférence. L'accident était arrivé le 28 octobre. La première ponction faite le 20 novembre donne 14 kilogrammes de liquide analogue à la bile.

Le 4 décembre une seconde ponction donnait 9^{kg},500.

Le 9 février le malade sortait guéri.

Landner, en 1889, croyant l'observation d'Uhde unique, citait le fait suivant : Un jeune garçon de 16 ans tombait d'un échafaudage le 27 août et outre plusieurs plaies, se faisait une forte contusion de l'abdomen.

Après plusieurs incidents, le 14 septembre le ventre était fort distendu et la fluctuation manifeste dans tout le côté droit.

Une ponction donnait 8 litres de bile pure.

On fit ensuite six ponctions et le malade guérit.

En 29 jours on avait retiré par ces diverses ponctions 27 litres de bile.

Outre la nature du liquide, dit l'auteur, qui nous permet d'affirmer l'existence d'une rupture de la vésicule, il y avait encore tous les signes communément observés dans les cas de fistule biliaire, l'émaciation, la perte de forces, l'acholie.

Enfin, en 1891, Arbuthnot Lane cite le cas suivant, unique d'a près lui :

Un garçon de 18 ans fut conduit le 10 mai 1890, à Guys'hospital, dans un état des plus graves, il était moribond, le pouls misérable, le ventre distendu outre mesure par du liquide.

Une femme qui l'accompagnait raconta qu'il avait déjà passé quatre semaines dans un hôpital à la suite d'un choc reçu dans l'abdomen, qu'il en était sorti, mais que depuis son état s'était aggravé.

Lane pensa que, malgré cet état, la seule chance de salut à lui offrir c'était de pratiquer la laparotomie.

L'anesthésie fut difficile; on s'aida de piqûres sous-cutanées d'éther et d'alcool.

L'incision sous-ombilicale donna 3 gallons de bile pure. Le bord du foie suivi avec le doigt ne présentait rien d'anormal, la vésicule était vide. On mit un tube à drainage.

Le malade guérit et il raconta que le 8 avril, il avait été violemment frappé à droite et au-dessus de l'ombilic, par l'extrémité du timon d'une voiture; il avait perdu connaissance et avait été porté dans un hôpital où il passa la semaine.

Pendant les deux premiers jours il avait beaucoup souffert du ventre; il avait dû garder le lit une quinzaine environ, après quoi il se leva, rendit quelques petits services dans les salles, puis sortit le 2 mai.

Depuis son accident cependant, son ventre avait augmenté de volume; à sa sortie de l'hôpital, sa mère en le lavant s'étonna de la grosseur de son ventre, il ne pouvait se coucher que sur le côté, sous peine de manquer de respiration.

Bientôt son ventre augmenta encore, il fut pris de vomissements noirâtres, son état empira, et il avait été alors porté à Guys hospital. Après cette laparotomie, le liquide ne se reproduisit pas dans tout le ventre, mais il apparut dans la région du foie une zone de matité qui augmenta, empiétant vers la région thoracique, ne descendant pas plus bas que l'ombilic.

On fit une ponction au bord du thorax, et on eut 6 pintes de bile. Le 8 juin, la zone de matité s'étant reproduite, Lane fit une incision le long du bord libre des côtes, il enfonça son doigt dans une cavité qui lui donna la sensation d'un vésicule distendue et adhérente.

Un tube à drainage fut placé dans cette vésicule et fut retiré le 16 juin, le malade guérit peu après.

Quand je le ponctionnai, dit l'auteur, je crus à cause de la position de la matité que j'avais affaire à une collection de bile localisée dans la cavité péritonéale, cavité en relation avec un conduit biliaire rompu; mais mon opération subséquente me prouva que mon hypothèse était fausse : les selles avaient été normales: le foie était totalement déplacé en arrière, le bord antérieur n'atteignait pas le centre du diaphragme.

Voici je crois, comment on peut se rendre compte des faits :

Lors de son accident, la vésicule aurait été rompue : la bile s'échappa dans le péritoine jusqu'au moment où, par ma première laparotomie et mon premier drainage, j'amenai des adhérences qui fermèrent cette rupture; mais ces adhérences exercèrent sur le col de la vésicule une traction telle que la bile qui pouvait y arriver, ne pouvait plus en sortir, d'où sa distension.

Telle est l'explication donnée par l'auteur,

Hermes, en 1892, publie dans le *Berliner Klinische Woch.* une observation de déchirure du foie et des voies biliaires en tout semblable à celles que je viens de citer :

Un jeune homme reçoit le 2 novembre 1891, un coup de timon de voiture dans le flanc droit; douleur vive immédiate, ballonnement du ventre; le malade doit garder le lit; constipation, puis diarrhée.

Quatorze jours après, l'état s'aggrave, le ballonnement augmente, la dyspnée devient intense.

Le 19 novembre, ponction exploratrice qui fournit du liquide analogne à la bile. Le lendemain, évacuation de deux litres d'un liquide brunâtre, semblable à la bile.

L'ascite se reproduit, laparotomie, évacuation de plusieurs litres de bile; les adhérences sous le foie étaient telles qu'il fut impossible de rien voir.

Fermeture de la paroi. Cinq jours après, l'état était très satisfaisant quand se produisit une congestion pulmonaire.

Le 22 décembre encore on avait des alternatives de haut et de bas, enfin le rétablissement fut complet.

Quoi qu'il en soit de ces observations, il est facile de tirer des conclusions. Tout d'abord, on n'a jamais fait d'intervention immédiate, ce qui s'explique par l'absence presque habituelle de diagnostic précis, on est en face d'une péritonite, mais c'est tout, et encore le plus souvent, cette péritonite n'est pas de celles qui appellent la laparotomie, comme dans le cas par exemple de rupture intestinale.

Mais, d'autre part, quand on est intervenu, et qu'on s'est contenté de ponctionner, toujours il a fallu revenir à la charge, et si plusieurs malades ont bien supporté ces interventions multiples, nous avons vu que quelques-uns ont succombé, par suite de l'affaiblissement progressif causé par la maladie.

Au contraire, quand on a fait la laparotomie, la guérison a été la règle, et cette guérison a toujours été rapide.

A l'époque, du reste, où on croyait que l'épanchement de bile dans le péritoine était un arrêt de mort, malgré la gravité de l'ou-

verture du ventre, cette opération a été proposée comme pis aller par Herlin, chirurgien de marine en 1767.

Ce chirurgien fit des expériences sur le chat et put montrer qu'on pouvait agir sur les voies biliaires.

Il lia la vésicule au niveau du col, puis l'ouvrit, laissant couler son contenu dans le ventre, il l'attacha par des sutures et la paroi abdominale qu'il recousut lâchement, et cependant le chat ne mourut pas.

L'Anglas répéta ces expériences, et fit même sur le chat deux cholécystectomies avec succès.

En 1826, Campaignac proposait à l'Académie, vu la gravité de l'écoulement de bile dans la cavité abdominale, de pratiquer la ligature du col ou une ligature partielle.

La chirurgie du foie a depuis fait des progrès, mais devons-nous en face d'une rupture des voies biliaires, agir de suite, ou attendre.

La théorie serait, je le sais, pour l'opération immédiate, mais la pratique me semble ici en contradiction.

D'abord, comme je l'ai montré, le diagnostic précoce de la rupture des voies biliaires est fort difficile sinon impossible, d'autre part, la péritonite qui la suit est limitée, non mortelle. L'intervention sera bien autrement bénigne quand les symptômes aigus du début se seront apaisés, et c'est là je crois le plus sage parti à prendre.

En face donc d'une violente contusion de l'abdomen, si on peut rejeter l'idée d'une rupture intestinale, et qu'on ne craigne qu'une rupture des voies biliaires, il faudra immobiliser son malade, mettre de la glace sur le ventre, calmer les vomissements par la diète ou le lavage stomacal, et, dès que la fièvre sera tombée, quand les signes d'épanchement seront localisés, alors on fera une laparotomie.

Présentation de malades.

M. Jalaguier présente une petite fille ayant eu une ankylose osseuse de la mâchoire, suite de fracture, et guérie par la section du col du condyle.

Ankylose osseuse de la mâchoire inférieure, consécutive à une ancienne fracture sous-condylienne. Ostéotomie à la partie supérieure de la branche montante. Guérison avec intégrité des mouvements.

La petite fille que je vous présente est âgée de 9 ans; à l'âge de 4 ans, elle fit une chute d'un lieu élevé sur le côté gauche de la face,

et quelque temps après cet accident, il lui devint impossible d'ouvrir la bouche.

Quand elle me fut amenée à l'hôpital Trousseau, je pus constater que l'immobilité de la mâchoire était absolue; la branche gauche était plus courte que la branche droite, en même temps son extrémité supérieure était inclinée en avant, et, en suivant de bas en haut son bord postérieur, on sentait en avant du tragus une légère dépression limitée en haut par une saillie osseuse qui me parut être le tubercule de la racine transverse de l'apophyse zygomatique. La cavité glénoïde n'était pas plus appréciable du côté gauche que du côté droit. Je pensai à une fracture sous-condylienne avec propulsion en avant et soudure de l'apophyse zygomatique. Grâce au mouvement de propulsion en avant, l'arcade dentaire inférieure ne correspondait pas exactement à l'arcade supérieure, et par l'étroit espace ainsi laissé libre, l'enfant introduisait péniblement des parcelles alimentaires.

Le 15 septembre 1892, je fis sur l'arcade zygomatique une petite incision antéro-postérieure de un centimètre et demi; en recourbant en bas son extrémité postérieure, au-devant du tragus. Après avoir ruginé le périoste de l'apophyse zygomatique, j'atteignis la partie supérieure du bord postérieur de la branche montante qui se continuait sans la moindre ligne de démarcation avec le tubercule zygomatique. Me portant alors en avant, avec la rugine, je pus me convaincre que l'échancrure sigmoïde avait disparu; le bord supérieur de la branche montante était tout entier soudé par fusion osseuse avec l'arcade zygomatique. Je dus agrandir l'incision sur l'arcade zygomatique, et désinsérer une grande partie du masséter en ruginant de haut en bas et d'arrière la plus en avant, pour atteindre le bord antérieur de la branche montante dont j'isolai ensuite la face profonde sous laquelle je passai une spatule mousse. J'attaquai alors la branche montante immédiatement au-dessous de l'arcade zygomatique, avec la gouge droite et le maillet, et je la sectionnai d'arrière en avant, non sans peine. Cette section terminée, les arcades dentaires purent être facilement écartées. Pour me mettre sûrement à l'abri d'une consolidation osseuse, je réséquai sur la branche montante une bandelette osseuse de 3 ou 4 millimètres de haut et j'interposai entre les deux sufaces osseuses une mèche de gaze iodoformée dont l'extrémité fut laissée au dehors pour assurer le drainage. Suture des téguments au crin de Florence.

Au cours de l'opération, je n'avais aperçu aucun filet nerveux, et une seule artériole avait été coupée. Les suites furent des plus simples.

Le cinquième jour, il y eut un peu d'élévation de température; le lendemain, premier pansement; on trouve un peu de tension de la plaie; la gaze iodoformée est enlevée; il s'écoule quelques gouttes de sérosité louche; il faut dire que pendant l'isolement de la branche montante, la muqueuse buccale avait été déchirée dans une minime étendue

Enlèvement des points de suture; réunion superficielle complète, sauf au niveau du passage du drain. La gaze iodoformée est remplacée par un drain en caoutchouc.

Le 25 septembre, la suppuration étant nulle, le drain est supprimé. Le 30 septembre cicatrisation complète. Depuis le 22 septembre, l'enfant très intelligente et très docile, introduisit entre les arcades dentaires des coins de bois de volume croissant. Aujourd'hui, 7 décembre, quatre-vingt-trois jours après l'opération, l'abaissement du maxillaire inférieur s'exécute dans des conditions à peu près normales; les incisives s'écartent dans une étendue de 2 centimètres et demi. La douleur est nulle pendant la mastication. Tout permet d'espérer que le résultat acquis sera définitif.

M. Delorme présente un blessé auquel il a pratiqué une suture de l'urèthre pour une rupture traumatique datant de deux mois et infectée, et résume son observation.

En sautant sur une bicyclette, le soldat R... glisse sur le marchepied et tombe à califourchon sur le garde-crotte de la roue de derrière: il présente les signes classiques immédiats de la rupture de l'urèthre et subit à l'hôpital dans lequel il est transporté, le deuxième jour, une uréthrotomie externe suivie du maintien d'une sonde à demeure.

L'uréthrotomie externe pallia aux premiers accidents de rétention et d'infiltration d'urine, mais la plaie périnéale guérit mal; il persista des fistules donnant issue à une sécretion assez abondante et par lesquelles je constatai un décollement étendu à presque toute la région périnéale antérieure. Le blessé avait perdu l'appétit, était fébricitant; je lui proposai une suture de l'urèthre qu'il accepta.

Je fis cette suture deux mois après le traumatisme et la première uréthrotomie.

Grâce à une longue incision médiane, à l'extrémité postérieure de laquelle je portai une section courbe de taille prérectale, je découvris la cavité sous-cutanée, étalée en surface, reconnue par le catéthérisme de la fistule ; je la débarrassai par un curage attentif de toutes les fongosités qui la tapissaient, son curage me conduisit dans un canal médian, des dimensions de l'index, rempli, lui aussi, de fongosités. Il répondait à la perte de substance de la moitié inférieure du canal dans la région bulbo-membraneuse. Après l'ablation des fongosités, à la curette, je découvris aisément les deux bouts du canal, distants de deux centimètres environ, que j'avivai au bistouri.

Suture extra-muqueuse du canal, par trois fils de soie, l'un médian, deux latéraux; suture par quatre fils de soie transversaux des tissus intermédiaires entre le canal de l'urèthre et la peau, réunion de la peau, sans drainage. Sonde à demeure. Constipation jusqu'à la levée du pansement.

Lors de la levée du pansement, le douzième jour, la plaie était réunie par première intention. Je laissai la sonde à demeure et pensais la maintenir quelques jours encore, mais, deux jours plus tard, elle était mal supportée et, dans les efforts que le blessé fit pour l'expulser, et rendre son urine, il sortit quelques gouttelettes d'urine par un très petit point décollé de la plaie.

Je laissai les choses en l'état; quelques jours après je réintroduisais une sonde à demeure ; la fistulette s'oblitérait.

Actuellement, quatre mois après l'accident, deux mois après la suture, le périnée est souple, le jet d'urine à peine diminué de calibre, pour ainsi dire normal, dardé à distance ordinaire; le canal n'est pas dilaté, et ce n'est que pour contrôle que j'ai introduit à plusieurs reprises, et aisément une bougie à bout olivaire n° 18.

Cette observation vient à l'appui de la valeur de la suture de l'urèthre dans les ruptures traumatiques infectées.

Comité secret.

La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Tuffier sur les titres des candidats à la place de membre titulaire.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 14 décembre 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Sur un cas d'intoxication grave due à une injection intracavitaire de naphtol camphré ;* par M. Calot (de Berck).
(M. Périer, rapporteur) ;

3° Lettre de l'ambassade d'Espagne à Paris, invitant la Société de chirurgie à prendre part au Congrès international des Américanistes, qui se tiendra à Huelva, du 7 au 12 octobre 1893 ;

4° *Clinique chirurgicale*, par le professeur Richet (Paris, 1893), offert par le professeur Charles Richet fils ;

5° *Nouveaux éléments de Pathologie et de Clinique chirurgicales*, par MM. Gross, Rohmer et Vautrin, t. III. Paris, 1893.

A propos du procès-verbal.

A propos des hernies enkystées.

M. P. Berger. Les exemples de hernies enkystées de la tunique vaginale sont moins rares qu'on ne le pense généralement; j'en signalais ici même, il y a quelques semaines, deux observations nouvelles ; les hernies présentent d'ailleurs des dispositions anatomiques très dissemblables et les embarras que ces dispositions peuvent créer au chirurgien, doivent engager à décrire et à analyser avec soin tous les cas qui arrivent à notre observation. Telle est la raison qui me portait à vous communiquer un fait de cette nature, fait dans lequel la hernie affectait une disposition que je n'ai jamais vue mentionnée dans aucune observation antérieurement connue. Voici le fait en question :

Observation. — *Hernie inguinale congénitale double : vaginale scrotale avec ectopie du testicule, à droite; cure radicale et orchidopexie. A gauche, hernie inguino-propéritonéale, enkystée dans un renflement intrapariétal du conduit péritonéo-vaginal non oblitéré*; *cure radicale, guérison.*

D. F..., journalier, âgé de 22 ans, demeurant 1, rue Belhomme, s'est présenté le 30 août 1892, dans le service où il a été admis une première fois, salle Chassaignac, n° 16. — Ce jeune homme, médiocrement développé à tous les points de vue, est affecté depuis sa naissance d'une double hernie inguinale. Du côté droit, la hernie descend jusqu'au fond du scrotum d'ailleurs très incomplet; mais le testicule ne peut être senti dans les bourses : l'anneau inguinal est dilaté et le doigt introduit dans le trajet ne sent pas l'organe qui y est inclus; mais par une pression méthodique, exercée de haut en bas, et de dehors en dedans sur le trajet inguinal, on arrive à faire sortir le testicule jusqu'à l'anneau externe. Le testicule a d'ailleurs son volume normal : on ne peut l'entraîner plus bas que l'anneau inguinal externe.

Du côté gauche, le testicule est dans le scrotum; il existe une hernie inguinale de moyen volume, qui est encore à l'état de hernie interstitielle, mais qui est assez volumineuse et qui ne se réduit qu'avec quelque difficulté.

Je me décide à pratiquer d'abord la cure radicale et l'orchidopexie du côté droit, et à remettre à une époque ultérieure l'opération pour la hernie interstitielle qui siège à gauche.

Première opération à droite, le 12 août 1892. — Les téguments étant incisés, on trouve l'anneau inguinal très dilaté; les fibres de l'aponévrose du grand oblique sont comme dissociées et cette aponévrose présente une faiblesse toute particulière au niveau du trajet inguinal. On l'incise; la séreuse qui se prolonge dans le trajet inguinal est alors ouverte; on y trouve le testicule, normal de volume et d'aspect, et le cordon pourvu d'un méso complet et très flexueux. La communication du sac avec le péritoine est large, mais pourvue d'un resserrement valvulaire profond.

L'isolement de la séreuse au niveau du cordon est laborieux, mais possible; la partie supérieure du sac, c'est-à-dire du conduit péritonéo-vaginal, se laisse alors attirer assez loin et on peut pédiculiser sans difficulté le péritoine adjacent. Le moignon du sac, profondément rétracté dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, est alors fixé au-dessus de l'anneau inguinal profond par la suture de Barker.

Du fond du sac, par un gubernaculum étroit qui vient se fixer vers l'épine du pubis; on le sectionne, et en libérant le cordon par quelques sections, on peut dès lors, sans difficulté, attirer le testicule à peu près jusqu'à sa place normale. Celle-ci a été creusée par le doigt introduit dans le scrotum. Avant de fixer le testicule à sa place, on procède à la réfection de la paroi abdominale en réunissant par un certain nombre de points de suture entrecoupés au fil de soie, d'abord le plan profond, le *tendon conjoint* à la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope, puis la paroi antérieure de ce trajet, l'aponévrose du grand oblique divisée au commencement de l'opération.

Puis la partie périphérique du sac est ramenée autour du testicule, de manière à lui refaire une tunique vaginale, et maintenue dans cette situation par une suture en bourse. Les deux chefs de cette suture sont conduits jusqu'au fond du scrotum qu'on leur fait traverser de haut en bas; on les réunit ensuite en les nouant sur un rouleau de gaze au salol; au moment où on serre la ligature, le testicule est attiré jusqu'au fond des bourses dont la cavité a été agrandie par l'introduction répétée du doigt, et l'on peut s'assurer qu'il reste fixé dans cette situation. On réunit alors l'incision superficielle et on fait le pansement. La guérison se fait par première intention. Au bout d'un mois, l'opéré quitte l'hôpital complètement guéri de sa hernie, ayant une paroi abdominale résistante, et le testicule droit placé dans le scrotum plus près du fond que de la racine de la bourse. — Ce résultat est confirmé par l'examen nouveau que subit le malade quand il rentre à l'hôpital le 17 novembre suivant pour se faire guérir de la hernie située à gauche (salle Chassaignac, n° 6).

Deuxième opération à gauche, le 28 novembre 1892. — Ainsi qu'il a été dit, la hernie occupe exclusivement la région inguinale gauche, et ne descend pas vers les bourses : elle a le volume d'un petit œuf; elle paraît incomplètement réductible.

Après l'incision des téguments, on trouve l'aponévrose du grand oblique tellement lâche et dissociée que c'est à peine si on peut la distinguer du fascia superficialis; l'anneau est large et mal circonscrit en raison de la faiblesse des piliers et des fibres arciformes.

L'aponévrose du grand oblique étant incisée sur toute la longueur du trajet inguinal, on trouve celui-ci distendu par un sac herniaire qui en occupe toute la cavité et qui sort même un peu par l'anneau externe; les parois de ce sac sont minces; l'incision en fait sortir une certaine quantité de serosité claire. On voit alors que la cavité de ce sac est remplie par un organe ayant à peu près la forme et l'aspect du gros intestin, et présentant à sa face antérieure un appendice graisseux qui ressemble aux appendices épiploïques de l'S iliaque du colon : on pourrait, eu égard à cette ressemblance grossière, prendre cette saillie pour l'S iliaque hernié ; on constate cependant :

1° Que le revêtement séreux de l'organe qui remplit le sac se continue avec le revêtement séreux du sac qui a été ouvert, sur toute la circonférence du pédicule assez large qui rattache cet organe à la partie la plus élevée et la plus profonde de cette cavité :

2° Qu'à ce niveau il n'y a aucune communication entre la cavité du sac qui a été ouvert et la cavité péritonéale, mais que cette cavité se termine en cul-de-sac au niveau de l'anneau inguinal profond;

3° Que la partie inférieure du sac ouvert se continue avec un canal séreux plus étroit qui descend dans les bourses et qui s'ouvre dans la cavité de la tunique vaginale où se trouve contenu le testicule avec sa forme, son volume et ses rapports normaux.

4° Enfin, en examinant la frange graisseuse que présente la face antérieure de l'organe qui fait saillie dans le sac herniaire ouvert, on constate qu'elle est constituée par de l'épiploon faisant issue au travers d'un petit orifice circulaire, de 5 à 6 millimètres de diamètre, à contours fibreux et très résistants, à la circonférence duquel cet épiploon est uni par des adhérences très anciennes.

Il est dès lors certain que la saillie qui remplit le sac ouvert n'est autre qu'un sac herniaire renfermant de l'épiploon, et qu'il s'agit ici d'une invagination de la partie supérieure, non oblitérée, du conduit vagino-péritonéal formant sac herniaire et remplie par de l'épiploon, dans la partie intra-pariétale de ce même conduit entourant la saillie en question d'une sorte d'enveloppe kystique communiquant encore avec la cavité vaginale testiculaire.

On incise alors avec précaution la face antérieure de la saillie à partir de l'anneau qui donne passage à l'épiploon ; cet anneau est très épais et fibreux ; la paroi qui lui fait suite est fibreuse également, mais plus mince; elle ne se laisse pas aisément dédoubler. Cette membrane étant incisée, on ouvre la cavité d'un sac véritable qui renferme une certaine quantité d'épiplon épaissi, Ce sac se prolonge profondément du côté du ventre, et il se termine bien au-dessus de l'anneau inguinal profond par un collet très bien marqué mais assez large.

L'épiploon altéré est attiré, pédiculisé, lié, et on en extirpe plus de

120 grammes. Puis on isole le sac, au niveau du collet profond par lequel il se continue avec le péritoine, des parties environnantes et des éléments du cordon, ce qui peut se faire sans difficulté. On établit le pédicule du sac sur le péritoine le plus haut possible, mais ce n'est pas sans quelque peine, car la séreuse, très mince, se déchire jusque dans la cavité abdominale et il faut la chercher et la fixer avec des pinces pour établir sur elle un bon pédicule. Celui-ci est étreint par une double ligature à la soie dont les chefs, introduits profondément derrière la paroi abdominale dans le tissu céllulaire sous-péritonéal, sont passés au travers de la paroi d'arrière en avant, bien au-dessous de l'anneau inguinal profond et sont liés en avant de l'aponévrose du grand oblique (fixation de Barker), manière à tendre fortement le péritoine au-dessus de l'orifice herniaire.

Revenant à la partie périphérique du sac, le sac enkysté, la cavité séreuse qui l'enveloppe sont rapidement isolés du cordon et des parois du trajet inguinal, rabattus de haut en bas, et excisés après qu'une ligature placée sur la communication vagino-péritonéale et au-dessus du testicule forme la cavité de la tunique vaginale. En pratiquant cette extirpation du sac, on constate de nouveau que la paroi fibreuse qui sépare la cavité proprement dite du sac enkysté de la cavité séreuse qui l'enveloppe, peut être dédoublée, qu'elle est formée par la réflexion de la séreuse et par son adossement à elle-même ; mais que les deux feuillets qui la composent ont contracté entre eux des adhérences anciennes et assez intenses.

Je procède à la reconstitution de la paroi abdominale au niveau du trajet inguinal. Comme cela s'était déjà trouvé du côté opposé, la paroi profonde de ce trajet n'existe pas, le fond du trajet inguinal est constitué dans toute son étendue par une gouttière profonde au fond de laquelle on aperçoit directement le tissu graisseux sous-péritonéal. Je puis néanmoins réunir par cinq points de suture entrecoupée à la soie, le *tendon conjoint* du petit oblique et du tranverse (feuillet postérieur de la gaîne du muscle grand droit de l'abdomen) à la lèvre postérieure de l'arcade de Fallupe, dans toute la hauteur du trajet inguinal. Puis le cordon est remis à sa place et la section de l'aponévrose du grand oblique est fermée et fortement froncée par un grand nombre de points de suture qui rétablissent la continuité de la paroi antérieure du trajet inguinal et le renforcent. Le reste de l'opération s'achève par la suture superficielle sans drainage. L'opération a été rendue laborieuse par une chloroformisation très difficile. Les suites furent absolument nulles ; les fils furent enlevés au bout de dix jours ; la réunion par première intention était complète.

L'interprétation anatomique qu'il faut donner à ce fait ne me paraît pas douteuse.

La continuité de la séreuse péritonéo-vaginale était ici complète, du péritoine à la vaginale du testicule. Sur un point seulement une oblitération s'était produite par l'engagement de l'épiploon

dans un point rétréci du trajet avec lequel il avait contracté des adhérences circulaires totales.

La partie de la cavité séreuse, située au-dessus de cette oblitération, distendue par l'épiploon, sollicitée par la pression abdominale et par la poussée des viscères, était descendue plus bas dans le trajet inguinal, refoulant devant elle le feuillet de la séreuse qui tapissait les parois de ce canal et s'invaginant en quelque sorte dans sa cavité. De là, la disposition particulière que présentait le sac herniaire enkysté dans une enveloppe séreuse qui n'était que la continuation de ses propres parois et qui dérivait comme lui de la persistance du canal péritonéo-vaginal.

Ce canal présentait ici la série des renflements et des points rétrécis que lui a décrits M. Ramonède dans sa thèse. Immédiatement au-dessus du renflement séreux qui renfermait le testicule (tunique vaginale proprement dite), on observait une portion plus étroite qui, au niveau de l'anneau inguinal externe, se continuait avec un renflement occupant la cavité du trajet inguinal. Ce renflement interstitiel se terminait à un collet très étroit qui devait avoir correspondu autrefois à l'anneau inguinal profond, mais qui s'en était détaché et qui s'était laissé refouler dans le trajet inguinal, cédant à la pression de la hernie. C'est ce collet qui était oblitéré par de l'épiploon ; son étroitesse, son aspect fibreux, de même que la distance qui le séparait de l'anneau inguinal superficiel, indiquaient suffisamment que c'était là que devait résider originellement le resserrement qui, dans la plupart des hernies congénitales, sépare du péritoine abdominal le sac qui s'étend dans le trajet inguinal et parfois jusqu'au testicule ; que c'était en un mot le véritable collet de la hernie, correspondant dans l'origine à l'anneau inguinal profond et dans lequel l'épiploon venait faire saillie. Au-dessus de ce point rétréci, un troisième renflement, très considérable, véritable sac pro-péritonéal, s'étendait jusqu'à un troisième et dernier point rétréci par lequel il se continuait avec la cavité péritonéale. Ce dernier point rétréci devait donc représenter l'orifice intra-abdominal du conduit péritonéo-vaginal, décrit et figuré par Ramonède : le renflement séreux qui lui faisait suite et qui renfermait l'épiploon hernié, correspondant à la partie de ce conduit qui est situé entre la valvule de Ramonède et l'anneau inguinal profond ; c'était un sac pro-péritonéal que la poussée des viscères avait refoulé dans le trajet inguinal où il s'était invaginé, refoulant devant lui la séreuse qui tapissait le canal et s'en faisant une enveloppe, après avoir détaché de ses connexions avec l'anneau inguinal profond le rétrécissement correspondantde la séreuse oblitéré par les adhérences que l'épiploon avait contractées avec lui.

La hernie enkystée dont il s'agit était donc bien congénitale, sinon

dans sa disposition actuelle, du moins par .sès origines. Les hernies enkystées en effet sont presque toutes d'origine congénitale ; elles dérivent d'une oblitération incomplète du processus péritonéo-vaginal, donnant lieu à des cloisonnements de ce canal dont l'étage le plus élevé, refoulé en bas par une hernie, déprime la paroi qui le sépare du renflement sous-jacent, transformé en une sorte de kyste, s'en coiffe et proémine plus ou moins bas dans sa cavité.

Il n'en est pas moins établi que l'état d'enkystement d'une hernie peut relever d'une autre évolution ; par exemple de l'existence d'un hygroma séreux ou d'un ancien kyste sacculaire en avant d'une hernie ; ce sont là des faits d'un ordre très différent de ceux qui nous occupent. Mais on a vu la hernie enkystée de la tunique vaginale elle-même procéder d'une hernie acquise descendue dans les bourses et refoulant la paroi d'une hydrocèle congénitale communiquant encore avec le péritoine par un prolongement distinct, preuve que la hernie concomitante ne s'était pas faite dans le conduit péritonéo-vaginal qui existait encore à côté d'elle et distinct d'elle.

Si donc l'on peut d'une façon générale rattacher les hernies enkystées de la vaginale aux hernies inguinales congénitales, il ne faut pas oublier que l'état d'enkystement n'est qu'un accident morphologique, n'est qu'une disposition d'anatomie purement extérieure et qui peut être due à une autre évolution. Il est par conséquent nécessaire d'en étudier toutes les variétés, et de signaler les formes diverses que revêtent ces hernies et qui peuvent, dans la pratique, devenir la cause d'embarras et de difficultés réels, même pour un chirurgien exercé. Si je m'en rapporte à ma propre expérience, ces hernies sont moins rares qu'on ne le croit généralement : j'en ai communiqué plusieurs observations personnelles et inédites à M. Duret, pour sa thèse de concours en 1883 ; depuis lors j'en ai publié plusieurs nouveaux exemples dont un chez la femme. Il est probable que la fréquence des opérations de cure radicale, permettra d'en multiplier encore les exemples et peut-être d'en dédécrire des variétés nouvelles.

M. Felizet. Il y a dans l'observation de M. Michaux, dont M. Terrillon a fait, dans la dernière séance, l'objet d'un très intéressant rapport, autre chose qu'une curiosité anatomo-pathologique, qui ajouterait une unité de plus à la longue classification des hernies.

Il est intéressant, sans doute, de signaler les anomalies et les caprices de l'évolution du canal péritonéo-vaginal, mais du fait de M. Michaux, un sac herniaire plongeant dans un kyste du cordon, l'enseignement qui me semble résulter est celui-ci : se tenir tou-

jours en garde, quand on attaque une poche liquide de la région inguinale, contre l'éventualité de blesser directement ou indirectement une dépendance du péritoine.

Il est certain, en effet, que si M. Michaux, au lieu de pratiquer l'opération sage qu'il avait résolue, avait pris le trocart et poussé une injection iodée, il s'exposait à pénétrer dans la poche intérieure et il compromettait la vie de son petit malade.

Or des dispositions anatomiques du même type, sinon de la même configuration, sont loin d'être rares dans l'enfance.

Le hasard du recrutement hospitalier nous a amené plus de quinze cas analogues dans notre service spécial de l'hôpital Tenon.

J'ai réuni cette semaine onze observations qui comportent la conclusion que voici : Les poches transparentes de la région inguino-scrotale, quand elles ne sont pas des hydrocèles, strictement limitées à la tunique vaginale, sont justiciables du bistouri, et pour les kystes du cordon, en particulier, c'est toujours à l'opération à ciel ouvert qu'il faut recourir, à l'exclusion des ponctions, injections irritantes et autres manœuvres aveugles.

Obs. I. — Philippe (Louis), 7 ans; salle Dolbeau, 32. Entré le 6 mai 1892 pour une tumeur complexe de la région inguino-scrotale droite.

La transparence se perçoit partout, mais on reconnait par l'inégalité de la consistance et par l'impulsion de l'effort de toux en un point, l'existence de trois choses distinctes : 1° Une hydrocèle vaginale molle; 2° Un kyste du cordon dur et tendu, du volume d'un gros marron; 3° Une pointe de hernie traversant un anneau inguinal considérablement élargi.

L'opération méthodiquement faite, le 9 mai, nous fait constater l'indépendance absolue de trois tumeurs juxtaposées, que l'on attaque successivement. Extirpation du kyste, excision de la tunique vaginale, préalables à l'opération de la hernie. Or ce qui nous semblait être une pointe de hernie, est une hernie complète, du volume d'un gros pouce, contenant uniquement de la sérosité, sérosité identique à celle de l'hydrocèle et du kyste. Elle présentait cette particularité qu'au-dessous du collet, la séreuse donnait insertion à trois kystes adventices pédiculés, à paroi extrêmement mince cellulo-endothéliale et a contenu d'eau de roche.

Ces petites tumeurs furent abattues d'un coup d'ongle, dissection du collet, décollement du péritoine.

Ligature très haut du collet de cette hernie aqueuse, suture du trajet, guérison rapide. L'enfant sort du service le 20 mai.

Dans ce cas nous n'étions en présence que d'une juxtaposition de la hernie et du kyste et l'injection iodée envoyée dans ce dernier eût été sans conséquence.

Mais voici une disposition qui, avec les mêmes rapports des éléments que dans l'observation de M. Michaux, en représente la contre-partie absolue. Ce n'est pas une hernie qui plonge et se perd dans un kyste péritonéo-vaginal; c'est un kyste péritonéo-vaginal qui s'engage dans le sac d'une hernie aqueuse.

Obs. II. — Gallefosse (Pierre), 6 ans; salle Dolbeau, 22. Entré le 15 mai 1892, avec une grosse tumeur inguino-scrotale gauche. Pas d'hydrocèle vaginale. La tumeur est transparente, de consistance égale partout, facilement réductible, avec un petit thrill, mais pour un quart seulement de son volume. J'insiste sur ce fait, car l'événement a montré que la quantité de cette réduction représentait le volume de la hernie aqueuse que la pression faisait rentrer.

Anneau inguinal très large admettant le bout de l'index.

L'opération nous montre un gros kyste, du volume d'un œuf de pigeon, ayant la forme d'une poire dont la petite extrémité effilée s'engage dans une autre poche, supérieure à elle, et communicant largement avec le péritoine. Ce sac herniaire plein d'eau, ouvert le premier, nous montre dans l'axe de son fond, la saillie de l'extrémité du kyste, le pénétrant, avec l'apparence d'un petit cylindre de 3 centimètres, atteignant presque le collet. Extirpation du kyste. Dissection; décollement et ligature du sac. Suture du trajet. Guérison sans incident. Sortie le 5 juin.

Nous avons parlé de hernie aqueuse, c'est une locution bien surannée et si nous la relevons c'est qu'elle répond à une réalité de la chirurgie infantile, dont nous avons eu sous les yeux d'assez nombreux exemples.

On aurait tort de croire qu'il suffit qu'il existe une ouverture assez large et un sac assez capable, pour que l'intestin s'y engage à l'exclusion de toute autre chose.

Dans bien des cas de persistance supérieure du canal péritonéo-vaginal, on voit, je ne sais ni pourquoi ni comment, des tumeurs séreuses réductibles. Si l'on serre de près les petits malades, si on les examine en variant les conditions de la station, de l'attitude, de l'effort, de la fatigue, de la digestion, de l'heure du jour, etc., on ne voit jamais les poches être envahies par l'intestin : ce sont des hernies aqueuses et exclusivement aqueuses.

Elles descendent quelquefois très bas, dans le scrotum, elles ne sont pas toujours, malgré l'ouverture relativement large de leur collet, facilement et rapidement réductibles, elles ont une paroi mince et sont d'une transparence engageante pour la méthode de l'injection iodée. Elles coïncident parfois avec une hydrocèle vaginale et parfois aussi elles constituent la vaginale elle-même.

La bénigne ponction suivie d'injection iodée pourrait entraîner la mort.

Obs. III. — Hay (Paul), 7 ans; salle Dolbeau. 27 *bis*. Entré le 7 juin 1891, avec une grosse tumeur transparente et résistante du cordon gauche, diminuant le matin de près de la moitié de son volume.

Irréductibilité absolue. Anneau inguinal très large, admettant le doigt. Excision. Collet élastique, facile à ouvrir mais garni intérieurement de replis transversaux ayant la forme de demi-diaphragmes. Dissection, décollement et ligature du collet. Suture du trajet inguinal. Guérison.

La communication avec le péritoine était assez large pour admettre librement une pince à forcipressure. Si l'on avait poussé dans cette poche transparente et paraissant, à cause de son irréductibilité, indépendante, une injection iodée, il est certain que le péritoine aurait été touché soit par la pénétration de la teinture d'iode, soit par la libre propagation de l'inflammation provoquée.

Obs. IV. — Charpenay (Pierre), 2 ans et demi: salle Dolbeau, 3. Entré le 12 juillet 1892, pour une grosse tumeur inguinale gauche, transparente, très tendue, *réductible* et reparaissant en quelques minutes. Ce dernier signe joint à l'*absence de thrill* perçu par le doigt, nous a toujours paru répondre à des collets à large ouverture. Anneau inguinal large à gauche, perméable à la pulpe du doigt à droite avec l'impulsion d'une petite pointe de hernie.

Opéraiton radicale. Évacuation du liquide, ligature du sac. Suture du trajet. Guérison.

Obs. V. — Lallemand (Auguste), 6 ans; salle Dolbeau, 15. Entré le 9 juin 1891 pour une hernie aqueuse, dure, transparente et facilement réductible, *sans thrill*. Nous avons fait sur cet enfant et sur le précédent, toutes les tentatives possibles pour faire sortir l'intestin, la hernie s'est toujours montrée invariablement aqueuse c'est à-dire mate et transparente.

Opération radicale. Suture du trajet. Guérison. Sortie le 5 juillet.

Obs. VI. — Les mêmes tentatives ont été faites sur l'enfant Rouze (Gaston), 12 ans; salle Dolbeau, 30. Entré le 22 mai 1891, dont la hernie aqueuse était facilement réductible, *sans thrill*: côté droit. La poche n'a jamais logé autre chose que de l'eau.

Opération radicale et guérison. Sort le 18 juin.

Nous ne voulons certes pas dire qu'un sac herniaire complet avec un collet large, constituant, par son contenu une tumeur aqueuse, soit absolument incapable de donner asile à l'intestin. S'il en était ainsi, il faudrait respecter cette disposition, et c'est parce que nous pensons que ces poches peuvent, sous l'influence

de conditions que nous ne connaissons pas, devenir des hernies intestinales que nous profitons de la facilité de l'opération dans cet état pour pratiquer la cure opératoire.

Quoi qu'il en soit, et c'est ce que nous signalons, nous n'avons pas encore vu une hernie aqueuse changer la nature de son contenu et alterner avec une enterocèle.

D'autre part, et à côté de cela, nous avons vu parfois, très rarement (et nous faisons très souvent l'opération radicale) chez les enfants, le contenu intestinal d'un sac herniaire baigner dans une quantité considérable de sérosité.

Il n'en est pas de même de l'épiplocèle. L'épiplocèle, cette variété de hernie que l'on déclare partout — et tout à fait à tort — très rare chez l'enfant, donne lieu à de grandes difficultés de diagnostic, précisément à cause de la souplesse fluide de l'épiploon dans le jeune âge.

Soit que l'épiploon s'insinue dans le sac préformé d'une hernie aqueuse, soit que sa présence ait pour effet de produire une hydropisie du sac qui le loge, on voit des poches péritonéo-vaginales, qui sont, comme les gros kystes douteux du cordon, justiciables de l'opération radicele.

Malgré la largeur apparente du collet, deux des hernies de cette nature que nous avons rencontrées étaient irréductibles, quoique l'opération nous ait fait voir que le collet était libre et que l'épiploon n'était pas adhérent.

Obs. VII. — Cruchon (Louis), 9 ans et demi; salle Dolbeau, 5. Entré le 5 juin 1892, pour un prétendu kyste du cordon, à droite du volume d'un œuf. Irréductibilité absolue.

Diminution légère du volume et surtout de la consistance le matin. Transparence absolue partout.

Anneau inguinal très large à droite et normal à gauche. A notre grand étonnement nous trouvons une languette d'épiploon ayant la forme et le volume d'une ablette, libre au collet, adhérent par des tractus cellulaires peu solides au fond du sac. Ligature de l'épiploon et excision de dix grammes. Ligature du collet et excision du sac. Suture du trajet. Guérison.

Dans ce cas on pouvait, en raison des adhérences de l'épiploon, admettre une inflammation légère, dont l'ascite du sac aurait été la conséquence. Mais il y a des cas dans lesquels l'épiploon est intact et libre et où cependant la hernie est aqueuse et irréductible.

Obs. VIII. — Berthod (Édouard), 12 ans; salle Dolbeau, 30. Entré le 4 août 1891. Gros kyste de l'épididyme, indépendant et éloigné de deux bons centimètres du fond de la poche d'un gros « kyste péritonéo-va-

ginal » à gauche, avec anneau très large. Impulsion forte et nette pendant l'effort, réductibilité lente et incomplète.

Le 4 septembre, dissection du kyste. L'ouverture fait voir une languette d'épiploon effilée de 10 centimètres de long, baignant au milieu d'une graude quantité de liquide. Ligature et excision de l'épiplon (5 gr.) pour faciliter la réduction et surtout pour l'empêcher de ressortir.

Excision du sac. Ligature du collet. Suture du trajet. Guérison.

Traitement, le 25 septembre, du gros kyste de l'épididyme, par la ponction, suivie d'injection iodée. L'enfant sort guéri le 11 octobre.

La *hernie aqueuse* ne diffère, à vrai dire, du kyste péritonéo-vaginal communicant, que par la disposition anatomique de son collet large.

Comme il nous est démontré qu'elle peut recevoir l'épiploon et qu'il ne nous paraît pas impossible qu'elle reçoive, un jour ou l'autre, l'intestin, nous pensons qu'elle est justiciable du même traitement que l'enterocèle inguinale, c'est-à-dire de l'opération radicale rigoureuse.

Comme, d'autre part, la petite ouverture d'un kyste péritonéo-vaginal, peut, aussi bien qu'une grande ouverture, servir à la propagation de l'inflammation du sac au péritoine, il est logique d'affirmer que les procédés qui ne conviennent pas à l'un ne conviennent pas davantage à l'autre et que le kyste péritonéo-vaginal communicant est, au même titre que la hernie aqueuse, justiciable de l'opération radicale. Alors même que l'anneau inguinal serait petit, le seul fait qu'il ait livré passage, pendant plus ou moins longtemps, à un collet, doit le rendre suspect comme point faible et c'est à titre de précaution, que la suture du trajet doit être faite comme pour un anneau herniaire très large.

L'opération est peut-être un peu plus longue, elle n'est certainement pas plus grave.

Obs. IX. — Bourdier (Édouard), 7 ans; salle Dolbeau, 26. — Entré le 4 février 1891 pour un gros kyste du cordon du côté droit, le sommet de la grosseur n'atteint pas l'orifice externe du trajet inguinal, mais on sent une sorte de cordon dur et régulier qui se perd dans ce trajet.

Transparence parfaite. Pas d'impulsion dans l'effort. Irréductiblité absolue.

La dissection du sac fait voir une communication, que l'examen n'avait pas fait constater avec le péritoine au moyen d'un petit trajet canaliculaire de 3 ou 4 centimètres, qui conduit un stylet dans l'abdomen.

Excision et ligature très haut de ce cordon, dont les parois très dures et épaisses le font ressembler à un tuyau de pipe.

L'anneau inguinal n'admet pas le bout du petit doigt, nous le suturons néanmoins par notre procédé ordinaire. Guérison.

Si la réductibilité est la preuve de la communication du kyste péritonéo-vaginal avec la cavité péritonéale, l'irréductibilité n'autorise pas à affirmer que cette communication n'existe pas. Aussi, dans le doute, doit-on se placer, comme on dit, dans la supposition du pire et agir comme si cette communication existait toujours.

Si elle n'existe pas, l'opération est simplifiée; si elle existe, nous le voyons et nous prenons les mesures nécessaires. Dans tous les cas nous avons eu l'avantage de voir où nous allions et de ne rien abandonner au hasard.

Obs. X. — Verrier (Gustave), 12 ans; salle Dolbeau, 27. Entré le 4 octobre 1891 avec un kyste péritonéo-vaginal volumineux du côté droit, allant du fond du scrotum à l'orifice externe du trajet inguinal.

Transparence parfaite, pas d'impulsion à la toux, irréductibilité. Dissection du sac avant l'ouverture. Le haut du cylindre est parfaitement fermé et ne tient au tissu cellulaire qui s'engage dans le trajet, que par quelques petits tractus fibro-cellulaires très faciles à isoler et à tendre et que détachent deux coups de ciseaux. Extirpation de la poche, indépendante de la cavité vaginale et du péritoine.

Assurément, dans ce cas, l'injection iodée eût été exempte de danger, mais elle n'aurait certainement présenté au point de vue des suites aucun avantage sur l'opération à ciel ouvert qui a été pratiquée.

Ce n'est pas seulement à la suite d'une opération faite à l'aveuglette que l'inflammation d'un kyste péritonéo-vaginal communicant se montre dans ses graves conséquences. Un traumatisme, une inflammation légère et non aigue peuvent, sous l'influence d'un mauvais état général, donner naissance à des accidents de la plus haute gravité, comme le prouve notre dernière observation.

Obs. XI. — Ménage (Léon), 15 ans; salle Dolbeau, 22. Entré à l'hôpital le 7 avril 1892. Tous les signes d'une hernie inguinale étranglée, avec gangrène de l'intestin, du sac et de la région.

Les vomissements ont commencé brusquement le soir du 2 avril. Ils ont continué depuis. Ils sont fécaloïdes depuis vingt heures. Pas de garde-robe de sept jours. Pouls misérable, face terreuse et grippée. Température 36°,2, extrémités froides.

Le ventre est ballonné, les anses intestinales se dessinent à la surface, la région de l'aine et du scrotum sont tuméfiés, rouges, extrêmement douloureux à la pression : crépitation emplysémateuse, sonorité à la percussion.

On nous apprend que le malade avait depuis sa première enfance une hernie à gauche, pour laquelle il portait un bandage. Depuis un

mois le bandage occasionnait de vives douleurs et la gosseur avait doublé de volume.

Le 25 mars après s'être forcé à traîner une voiture à bras, l'enfant fut pris d'une douleur extrême, qui l'obligea à rentrer chez lui. Il prit le lit et appliqua des cataplasmes qui le soulagèrent.

Incision longitudinale de 12 centimètres, menée couche par couche, dans le but d'ouvrir le sac, de fixer l'intestin et d'établir un anus contre nature. Le malade n'est pas chloroformé. Issue de plus de 100 grammes de liquide noirâtre, chargé de gaz, présentant une fétidité gangreneuse et fécaloïde. Lavage de la cavité, dont les parois sont noires grisâtres et ont la consistance d'une coque fibro-cartilagineuse.

La plaie séchée nous cherchons en vain l'intestin sphacélé. Un effort de vomissement fait jaillir environ 100 grammes de matière fétide identique. L'introduction d'une sonde rouge nous révèle l'existence d'une cavité intra-abdominale. Lavage à l'eau boriquée. La sonde est remplacée par un gros tube à drainage et la cavité est bourrée de gaze iodoformée.

Après des péripéties inutiles à rappeler le malade sortit guéri de l'hôpital le cinquantième jour.

Nous avons eu affaire à un kyste péritonéo-vaginal communicant, durci et épaissi par le bandage et enflammé par un excès de travail.

L'inflammation s'était propagée dans le ventre et avait provoqué une péritonite infectante, mais par bonheur circonscrite, que nous avons pu soigner directement par les moyens antiseptiques.

En fait nous n'avions pas été en présence d'un étranglement herniaire mais des conséquences d'un accident survenu à un kyste péritonéo-vaginal enflammé et tous les accidents que nous avions eu sous les yeux dépendaient du fait de la péritonite et de l'occlusion de l'intestin par le foyer de péritonite limitée.

Le traitement du kyste péritonéo-vaginal par l'injection iodée, aurait produit fatalement, à part le caractère d'infection, les accidents que nous avons observés.

M. L.-Championnière. Nous sommes bien près de la même opinion, M. Berger et moi, et nous sommes d'accord pour dire qu'il faut rapprocher ces faits les uns des autres. Le cas de notre collègue est très intéressant et nous montre l'utilité d'étudier les faits dans leurs variétés ; mais il ne faut pas le considérer comme une entité. A la disposition particulière de la hernie s'était encore ajoutée une altération épiploïque spéciale qui changeait l'apparence de la hernie ; mais ce sont des cas qui doivent encore appartenir à l'ensemble de l'histoire. Il s'agit toujours d'anomalies de réparation du canal péritonéo-vaginal ; on peut observer un grand nombre de variétés de faits ; mais ce sont toujours des groupes de

hernies qui doivent être rapprochées les unes des autres. Au point de vue pratique, il découle de ces connaissances que les recherches doivent toujours être dirigées et poussées par en haut. M. Felizet semble regretter que j'aie dit qu'il ne fallait pas étudier les faits isolés ; les cas intéressants de notre collègue appartiennent toujours à la même histoire.

J'ai dit et j'ai écrit qu'il fallait toujours remonter aussi haut que possible parce qu'il y a souvent une amorce pour la hernie, si cette hernie n'existe pas.

La conduite tenue par M. Felizet a été très bonne et sa technique est utile; il a toujours opéré comme si la lésion existait et il a eu soin de remonter aussi haut que possible.

Je le répète et ce sera la conclusion de cette discussion ; tous les faits de cet ordre se rapportent à un défaut de réparation du canal vagino-péritonéale.

Communication.

A propos de la contusion des voies biliaires,

Par M. Kirmisson.

La communication de M. Routier relative à la rupture traumatique des voies biliaires me remet en mémoire un fait que j'ai eu l'occasion d'observer il y a quelques à années l'hôpital Necker, fait remarquable par la multiplicité des lésions que portait ce malade, en même temps que par la rupture des voies biliaires qui, dans ce cas particulier, s'est terminée par la guérison.

Observation. — *Chute d'une hauteur de 28 mètres. Plaies de tête; luxation du coude droit; fracture du pouce droit; fracture des deux os de l'avant-bras gauche; luxation sus-pubienne de la hanche gauche; déchirure du foie et épanchement bilieux dans l'abdomen; guérison.*

Le 10 août 1887, le nommé G..., charpentier, âgé de 26 ans, travaillait à la construction de la tour Eiffel au Champ-de-Mars, lorsqu'il perdit l'équilibre et tomba d'une hauteur de 28 mètres environ. Apporté à l'hôpital Necker, il fut placé dans le service du professeur Le Fort, que j'avais l'honneur de suppléer, et couché au n° 42 de la salle Saint-Pierre.

A son entrée, le malade a conservé son intelligence, et, bien que faible, il répond aux questions qu'on lui pose. L'examen permet de constater les nombreux traumatismes dont voici l'énumération :

Au cuir chevelu, il existe du côté gauche deux plaies très étendues avec décollement du cuir chevelu. Les parties molles du menton sont sectionnées transversalement jusqu'au maxillaire inférieur qui est dénudé, mais non fracturé.

Le coude droit présente les signes évidents d'une luxation des os de

l'avant-bras en arrière. Le pouce du même côté présente une fracture de la première phalange, avec plaie de l'éminence thénar ne communiquant pas avec le foyer de la fracture. Les deux os de l'avant-bras gauche sont fracturés près de leur extrémité inférieure. A gauche également, l'on constate tous les signes d'une luxation de la hanche en avant, de la variété sus-pubienne. Le membre est dans la rotation en dehors combinée avec un léger degré d'abduction ; le pied repose par son bord externe sur le plan du lit. La mensuration ne fait pas reconnaître de raccourcissement bien manifeste.

La région inguino-crurale est déformée, et à la palpation, on constate ce qui suit : 1° le grand trochanter est placé nettement au-devant de la ligne ilio-ischiatique ; 2° dans le pli de l'aine, on sent une tuméfaction arrondie qui n'est autre chose que la tête du fémur reposant sur la branche horizontale du pubis. Cette tumeur osseuse suit, du reste, tous les mouvements imprimés au fémur, et, pendant ces mouvements on ne perçoit aucune crépitation. Les battements de l'artère fémorale sont faibles et se propagent en dedans de la tête du fémur. Tous les mouvements spontanés sont impossibles, et on ne peut faire exécuter au membre que des mouvements communiqués très limités, qui, du reste, sont extrêmement douloureux.

Au moment même de l'entrée du malade, l'interne de service, M. Jondeau, traita par la suture et le drainage les plaies de la face et du cuir chevelu. La plaie du pouce droit fut recouverte d'un pansement antiseptique; la fracture de l'avant-bras gauche fut immobilisée dans un appareil composé de deux attelles dorsale et palmaire. Seule la luxation de la hanche gauche restait à traiter. Le lendemain de l'accident, 11 août, au moment de la visite du matin, nous endormîmes le malade, et à l'aide de tractions combinées avec un léger mouvement d'adduction et de flexion, nous pûmes, sans peine, réduire le déplacement de la tête fémorale. La palpation étant rendue plus facile par la résolution chloroformique, il fut évident que la tête fémorale reposait sur le pubis qu'elle dépassait beaucoup par son extrémité supérieure.

Le malade accusant des douleurs dans la région rénale, on lui fit une application de ventouses scarifiées qui le soulagea beaucoup. Du reste, il urine librement et les urines ne renferment pas de sang. A la suite de la réduction de la luxation de la hanche, il se plaint beaucoup d'une douleur stomacale persistante, et il a plusieurs vomissements alimentaires qui sont mis tout d'abord sur le compte du chloroforme. Cependant, le 15 août, les vomissements ayant cessé, le malade continue à souffrir de l'abdomen ; il a une légère teinte subictérique des sclérotiques, mais il n'y a pas de fièvre, et l'état général est bon. Un verre d'eau de Sedlitz amène plusieurs selles normales.

16 *août*. Le palper abdominal est toujours un peu douloureux ; la teinte subictérique des conjonctives persiste. Les urines sont très foncées; l'acide azotique y décèle la présence des matières colorantes de la bile. Léger tympanisme abdominal; submatité dans la région hypogastrique. Du reste, l'état général est satisfaisant ; il n'y a pas de fièvre.

18 *août*. Les plaies de la tête et de la face sont cicatrisées. La teinte subictérique des conjonctives semble avoir un peu diminué. Le ventre est ballonné; la matité augmente dans la région hypogastrique. L'abdomen est le siège de douleurs spontanées très vives; mais la palpation et la percussion n'y sont pas douloureuses. L'état général continue à être bon; pas de fièvre; le malade va régulièrement à la garde-robe. Application de teinture d'iode sur l'abdomen.

19 *août*. La teinte ictérique a presque complètement disparu, mais les urines sont toujours très foncées. Le ventre est douloureux; si l'on fait coucher le malade sur un côté, on trouve à la percussion, que la matité remonte au-delà de la ligne médiane de l'abdomen.

20 *août*. Le ventre est toujours très douloureux spontanément; aussi applique-t-on sur l'abdomen un sac de glace.

22 *août*. Même état; le malade a de la diarrhée. Quelques veinosités se dessinent sous la peau des parties latérales du thorax et de l'abdomen.

31 *août*. Le ballonnement du ventre et l'ascite se sont successivement accrus et sont considérables aujourd'hui. Le malade a un peu de dyspnée; du reste, l'état général continue à être satisfaisant; il n'y a pas de fièvre.

3 *septembre*. Dans la soirée, survient tout à coup une dyspnée très intense; le ventre est excessivement tendu. On applique des ventouses en grand nombre; à l'intérieur, on administre du sirop d'éther. Pendant la journée du 4, l'état ne se modifie pas.

Le 5 septembre, aux symptômes précédents s'est jointe une petite toux sèche. L'examen de la poitrine révèle en arrière et à droite une matité absolue dans le tiers inférieur de la cage thoracique, du souffle pleurétique, et de la voix de jeton. Il fallait immédiatement soulager le malade qui asphyxiait. Aussi pratiquai-je sans retard la paracentèse de l'abdomen dans la fosse iliaque droite. L'aiguille Dieulafoy n° 2, préalablement flambée et lavée dans l'eau phéniquée, donna issue à huit litres et demi d'un liquide très fortement chargé de bile. A peine l'épanchement abdominal fut-il évacué que le malade éprouva un immense soulagement et commença à respirer aisément. Un bandage ouaté compressif fut appliqué sur l'abdomen; à la base du thorax et à droite, on posa d'abord six ventouses scarifiées, puis un grand vésicatoire.

A partir de ce moment, l'état général du malade s'améliora rapidement; l'épanchement abdominal ne se reproduisit pas. Le 7 septembre, la matité a complètement disparu, même dans les parties déclives de l'abdomen; l'état général est bon, l'appétit revient, il n'y a plus de dyspnée. Il persiste une légère teinte subictérique.

Le 12 septembre, plus de souffle dans la poitrine, plus d'égophonie; encore un peu de matité; application de teinture d'iode.

Le 22 septembre, le malade commence à se lever sur un fauteuil; il demande sa sortie; et le 25 septembre, il quitte l'hôpital, complètement guéri de ses nombreux traumatismes.

Communication.

Valeur diagnostique de l'état de la vésicule biliaire dans les oblitérations du canal cholédoque.

Par M. Reynier.

Messieurs, dans la dernière séance, M. Reclus paraissait contester la valeur diagnostique du symptôme, tiré par M. Terrier de l'atrophie ou de la dilatation de la vésicule biliaire, pour reconnaître si l'oblitération du canal cholédoque est due à un calcul ou à une tumeur du pancréas. Pour M. Terrier, l'absence de dilatation de la vésicule serait symptomatique d'un calcul : sa dilatation indiquerait plutôt que le canal est oblitéré par le fait d'une lésion du pancréas, qui comprimerait son embouchure.

Le diagnostic exact offre, dans le cas actuel, une si grande importance pour le pronostic, que ce point de clinique mérite d'être spécialement étudié. Or, j'ai quatre observations personnelles qui confirment la manière de voir de M. Terrier; je suis heureux de venir ici les apporter à l'appui de l'opinion qu'il soutient.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme de 60 ans, qui entra dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, alors que je remplaçais M. Ledentu. Elle présentait un ictère considérable et des phénomènes fébriles assez accentués. En raison de l'amaigrissement de la malade, on pouvait facilement constater une distension notable de la vésicule biliaire. Les selles étaient blanches, décolorées. Il y avait évidemment une oblitération complète du canal cholédoque. Comme cette femme avait eu dans sa vie de nombreux accès de coliques hépatiques, on pouvait penser que cette oblitération était due à la présence de calculs dans le canal. Je fis la laparotomie et trouvai, en effet, une vésicule distendue, remplie de calculs. Je me bornai, après avoir vidé la vésicule, à établir une fistule biliaire. La malade continua à s'affaiblir, et elle mourait un mois après l'opération. A l'autopsie on constata l'existence d'un épithélioma du pancréas, qui comprimait le canal cho-

Ma seconde observation est presque identique à la première. Elle se rapporte à une femme de 54 ans, que j'opérai, en 1888, à l'hôpital Broussais, et qui m'avait été envoyée par le Dr Chantemesse. La malade, très amaigrie, était atteinte d'un ictère intense qui durait depuis trois mois; les selles étaient décolorées; l'oblitération du canal cholédoque était évidente. Elle avait de la fièvre, ne mangeait pas, ne pouvant presque rien digérer. Elle avait eu des coliques hépatiques antérieures; la vésicule, très augmentée de volume, se sentait facilement, vu l'amaigrissement de la malade, et descendait jusqu'au-dessous de l'ombilic.

Avec l'aide de mon ami, le Dr Schwartz, je fis la laparotomie. Je trouvai la vésicule distendue, remplie de calculs biliaires, plus de soixante. Ici encore, vu le mauvais état général de la malade, je me contentai de faire une cholecystotomie, mais la malade continua à s'affaiblir, et elle mourait vingt jours après l'opération. L'autopsie nous montra qu'il y avait un épithélioma de la tête du pancréas, comprimant le canal cholédoque.

Dans un troisième cas, je fus appelé, en avril 1889, auprès d'une femme de 35 ans, qui avait eu déjà deux accès antérieurs de coliques hépatiques, et qui, brusquement, au milieu d'une très bonne santé, fut prise de douleurs vives, caractéristiques d'une nouvelle crise de colique hépatique amenée par le passage d'un calcul. Mais la douleur ne se calma pas au bout de quelques heures, elle continua; les selles restèrent blanches, et un ictère intense, allant toujours en augmentant, se prononça. La malade fut prise d'accès de fièvre ayant le caractère intermittent, revenant tous les jours. Elle ne pouvait rien digérer, ne supportant aucun aliment à cause des vomissements incessants; au bout d'un mois elle était dans un tel état de faiblesse qu'avec M. le Dr Moutard-Martin, que j'avais appelé auprès d'elle, nous décidâmes d'intervenir, regardant presque cette intervention comme une ressource ultime. L'état général de la malade était si mauvais, que pour en donner une idée, je rapporterai le fait suivant :

Devant l'impossibilité de faire absorber aucun médicament pris par la bouche, la malade vomissant tout, je lui avais fait des injections de chlorhydrate de quinine. Ces injections, faites aussi aseptiquement que possible, déterminèrent du sphacèle du tissu cellulaire, sur les points où elles étaient faites, et amenèrent des abcès par où s'échappèrent des lambeaux de tissu gangréné.

C'est dans ces conditions mauvaises que nous nous décidâmes à faire la laparotomie. Je la fis en présence de M. Moutard-Martin avec l'aide de M. Routier.

L'incision de la paroi étant faite, je fus très surpris de ne pouvoir trouver la vésicule que je croyais, étant donné le diagnostic, devoir trouver aisément. Malgré mes recherches qui furent relativement longues, je ne pus la voir, cachée qu'elle devait être sous des adhérences nombreuses qu'on voyait. J'essayai inutilement de les détacher et de passer sous l'épiploon gastro-hépatique. Devant la difficulté des recherches, et surtout en constatant l'état particulier du foie, de commun accord avec mes assistants, je me décidai à refermer le ventre. Le foie était, en effet, petit, granuleux, et rappelait tellement l'aspect d'un foie cancéreux, que nous crûmes avoir fait une erreur de diagnostic, ce qui fit que nous ne poussâmes pas plus loin nos recherches.

A ma grande surprise, et à ma grande joie, cette laparotomie, qui n'avait été qu'exploratrice, fut curative.

Dès le troisième jour, les selles cessaient d'être décolorées, la fièvre tombait, et l'ictère lentement se mit à disparaître. Un mois après, la malade convalescente quittait la maison de santé où elle avait été opérée. Je l'ai revue encore tout dernièrement, c'est-à-dire trois ans et demi après l'opération. Elle est grasse, en très bonne santé, et sauf une colique hépatique franche qu'elle a eu, il y a deux mois, suivie d'ictère et qui a duré quelques heures, jamais elle ne s'est depuis longtemps aussi bien portée. En voyant cette femme, on ne peut douter un seul instant de l'exactitude du diagnostic de calcul, qui avait été primitivement porté. Comment a agi mon opération ? Ai-je, en essayant de passer sous le ligament gastro-hépatique, ébranlé le calcul, et l'ai-je fait passer dans l'intestin? Ou n'est-ce pas plutôt le chloroforme qui a fait céder un spasme retenant le calcul dans le canal cholédoque. Je ne saurais le dire.

Quant à ma quatrième malade, je l'ai opérée cette année-ci, au mois d'août, dans mon service de l'hôpital Tenon. Il s'agissait d'une femme de 42 ans, qui avait depuis huit ans des coliques hépatiques très fréquentes. Depuis un an, ses douleurs revenaient tous les quinze jours, s'accompagnant chaque fois d'ictère qui disparaissait plus ou moins rapidement. A la palpation, on percevait nettement sa vésicule dilatée, descendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. En dehors des crises, les selles n'étaient pas décolorées; il n'y avait pas d'obstruction du canal cholédoque. La malade, épuisée par ses crises successives, ne pouvant plus travailler, réclamait avec instance une opération qui pût la soulager.

Le 7 août, je lui fis la laparotomie. Je trouvai la vésicule distendue contenant 70 grammes de liquide et plus de quarante calculs de différente grosseur. Les plus gros avaient la dimension d'une bille, les plus petits d'un grain de millet. La vésicule ouverte, après l'avoir vidée complètement de son contenu, je trouvai de plus un calcul engagé dans le canal cystique et fermant la lumière de ce conduit. Avec une petite curette, et en pressant avec les doigts sur le canal cystique, je pus ramener ce calcul dans la vésicule et l'extraire. C'est alors que, détachant la vésicule des adhérences qui l'unissaient au colon, je pratiquai son ablation, en même temps que celle du canal cystique, sur lequel je mis une ligature, presque au niveau de son abouchement dans le canal cholédoque.

Les suites de cette cholécystectomie furent très simples, et la malade quittait l'hôpital un mois après. Mais je dois compléter cette observation en disant qu'après avoir été très bien pendant

trois mois, cette femme s'alita de nouveau et mourut quatre mois après son opération. J'appris cette mort indirectement, et n'ai malheureusement pu me procurer beaucoup de détails sur la fin de cette malade. Je sais seulement que le mois qui a précédé sa mort elle a eu des frissons répétés, et paraît avoir eu des accidents infectieux, mal déterminés.

En résumé, sur quatre observations, dans les deux cas où il y avait un cancer du pancréas la vésicule biliaire était dilatée; dans le cas où il y avait, on ne peut en douter, un calcul du canal cholédoque, la vésicule était tellement atrophiée qu'il a été impossible de la découvrir; enfin, dans la dernière observation, il y avait un calcul dans le canal cystique, et la vésicule était distendue. Ces quatre observations viennent donc, comme je l'ai dit en commençant, confirmer entièrement la communication de M. Terrier.

Rapport

Sur la statistique d'opérations, présentée par le Dr Dayot fils, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rennes.

Rapport par M. Périer.

Messieurs, dans une de vos précédentes séances, je vous ai présenté, au nom de M. Dayot, une intéressante statistique et vous m'avez chargé de vous en rendre compte.

En sa qualité de professeur suppléant, M. Dayot a eu, soit dans le service de son père, soit dans celui des professeurs Aubrée et Ferret la possibilité de saigner 317 blessés ou opérés, pendant une période de temps comprise entre le mois d'août 1890 et le mois d'octobre 1891.

M. Dayot, en quittant l'internat des hôpitaux de Paris, s'est fait l'un des propagateurs les plus zélés de la méthode antiseptique dans le milieu où il est venu exercer la chirurgie. Nous n'avons donc point à nous étonner des bons résultats qu'il a obtenus et qu'il vient soumettre à notre appréciation.

Le tableau qu'il nous présente comprend, suivant l'usage, des divisions correspondant aux diverses régions du corps.

Tout d'abord les affections de la tête et du cou; leur nombre est de 53.

Plaies diverses, anthrax, abcès, adéno-phlegmons, ostéo-périostites, épithéliomas, cancers, épulis, tumeurs érectiles, bec-de-lièvre, pavillon supplémentaire de l'oreille, etc.

Des 53 malades un seul a succombé, il était alcoolique et diabé-

tique et l'intervention la plus énergique n'a pu le sauver d'un anthrax gigantesque de la nuque et du dos,

Après la tête vient le thorax, ici 31 malades atteints les uns de plaies de poitrine, les autres d'abcès mammaires, ou costaux, ou pleuraux, de tumeurs mammaires.

Trois de ces malades ont succombé, l'une atteinte d'un vaste abcès ossifluent, dont l'ouverture fut suivie de la résection des deux dernières côtes, ce qui ne put l'empêcher de mourir six semaines plus tard de cachexie; une autre femme, âgée de 72 ans, mourut d'accidents pulmonaires après une extirpation laborieuse d'un sein et des ganglions axillaires envahis par le cancer.

Le troisième malade, homme de 65 ans, épuisé par des hémorragies multiples subit l'ablation d'épithéliomas disséminés, pour être soustrait à ces hémorragies, mais il était déjà trop affaibli pour pouvoir résister.

Des 26 opérations qui ont été pratiquées sur l'abdomen, il y a eu six morts; une après hystérectomie particulièrement compliquée; une quinze jours après laparotomie pour occlusion intestinale, suite de cancer; trois décès sont consécutifs à des hernies étranglées déjà gangrenées au moment où M. Dayot a été appelé à intervenir; la sixième malade était une femme de 72 ans, hémiplégique, aphasique, ayant des eschares et qu'il fallut opérer en cet état pour une hernie qui venait de s'étrangler.

Sur 23 hommes opérés pour des lésions des organes génitaux, herniaires ou du rectum, deux succombèrent; l'un à la suite d'une poussée aiguë, au cours d'une tuberculose pulmonaire, peu de temps après avoir été opéré d'uréthrotomie externe; l'autre après une extirpation étendue du rectum qui avait duré deux heures.

Sur 35 femmes ayant subi de même des opérations pour lésions des organes génitaux et du rectum, il y eut également deux morts.

L'une de ces femmes, atteinte de fièvre puerpérale, ne put être sauvée malgré le curetage et le nettoyage de la cavité utérine que M. Dayot n'eut occasion d'entreprendre que lorsque l'infection était déjà généralisée ; l'autre malade succomba vingt-trois jours après une hystérectomie vaginale pratiquée pour cancer utérin ; une hémorragie foudroyante venant du ligament large dégénéré l'enleva en quelques minutes, alors qu'elle se levait depuis cinq jours et paraissait complètement guérie de son opération ; c'est un fait qui mérite d'appeler notre attention.

Les autres blessures ou opérations avaient pour siège les membres. M. Dayot signale deux morts par tétanos aigu, sans entrer à ce sujet dans des détails suffisants; une mort par phlegmon diffus ; une par érysipèle de la face chez un homme en traitement pour fracture de jambe ; une mort subite dix jours après une opération

d'épithélioma de la main; pas d'autopsie; cause inconnue. Enfin, trois morts sur 37 cas d'amputations, désarticulations ou résections : un cas d'ostéo-sarcome volumineux de la tête humérale, un cas de fractures très multipliées chez un homme qui avait été pris sous un éboulement; enfin le troisième mort avait été amputé de la cuisse pour tumeur blanche; il resta, pendant quatre jours après sa chloroformisation, dans le coma avec incontinence d'urine et mourut dans cet état. L'autopsie montra qu'au cours de la chloroformisation il avait eu une hémorragie cérébrale considérable qui avait détruit la plus grande partie de l'hémisphère droit et provoqué l'inondation des ventricules.

Voici donc un chiffre de 22 morts sur 317 blessés et opérés et vous venez de voir par cette très sommaire analyse que l'intervention chirurgicale est loin d'être cause de toutes les morts enregistrées.

Si maintenant je pouvais analyser ici les cas de guérison (il y en a 295), vous verriez par le nombre des interventions graves et hardies suivies de cicatrisation rapide le plus souvent primitive et sans drainage, vous verriez, dis-je, que M. Dayot ne recule devant aucune difficulté opératoire, mais aussi qu'il ne se laisse pas entraîner au-delà des limites permises. Il appartient d'ailleurs à cette pléiade de jeunes chirurgiens qui, récemment sortis de l'internat des hôpitaux de Paris, exercent brillamment en province et par une publication périodique de création récente, contribuent largement à agrandir le domaine de la science.

J'espère donc que vous voudrez bien adopter les conclusions u rapporteur en votant des remerciements à l'auteur, en déposant son travail dans vos archives et en l'inscrivant dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Présentation de malade.

Par M. Charvot.

Ostéomyélite centrale suppurée du péroné gauche survenue spontanément chez un jeune soldat porteur de plusieurs furoncles à l'avant bras droit. Phénomènes phlegmoneux intenses, gonflement osseux des épiphyses supérieure, puis inférieure du péroné. Incisions larges et profondes au niveau des extrémités de l'os. Ouverture du canal médullaire gorgé de pus, évidement. Persistance des trajets fistuleux. Résection du péroné avec conservation de la malléole externe. Guérison sans gêne fonctionnelle du membre inférieur.

R... (Clément), âgé de 22 ans, soldat au 18me bataillon de chasseurs à pied (Courbevoie), incorporé en novembre 1891, entre le 25 décem-

bre 1891, à l'hôpital militaire de Saint-Martin avec le diagnostic phlegmon à la jambe gauche.

Cet homme, ancien cultivateur, ne présente aucun antécédent morbide héréditaire personnel. Il a toujours joui d'une excellente santé et n'a subi aucun traumatisme.

Six semaines après son arrivée au régiment, R... voit pousser, au côté externe de son poignet droit, trois furoncles successifs qui guérissent facilement après leur incision.

Mais la cicatrisation était à peine achevée, que, vers le 10 décembre, il ressent une douleur vive dans la jambe gauche. Le membre se tuméfie, rougit, la fièvre s'allume assez vive et, le médecin du corps est forcé d'envoyer l'homme à l'hopital Saint Martin (25 décembre).

A son entrée, je crois à un phlegmon profond de la jambe gauche. Celle-ci, rouge, tuméfiée, dure et cylindrique dans toute son étendue, est très douloureuse au toucher. La fièvre est intense et la température monte le soir, au-dessus de 39°. Comme la douleur est surtout vive au niveau de l'extrémité inférieure du péroné, je pratique à ce niveau, une incision profonde qui ne donne issue qu'à du sang. Sous l'influence du repos et des fomentations antiseptiques, la poussée phlegmoneuse semble se conjurer, la rougeur disparaît, le gonflement diminue avec les douleurs et la température, ne monte plus, le soir, au-dessus de 38°.

Mais, sur ces entrefaites, le genou gauche se tuméfie et je découvre un épanchement intrasynovial assez considérable que j'attribue au développement d'une arthrite de voisinage, et qui, effectivement, disparaît peu à peu sans laisser de trace.

Dans les premiers jours de février 1892, la diminution de l'empâtement inflammatoire me permet de mieux explorer, par la palpation, les parties profondes de la jambe et je découvre, au niveau de l'épiphyse supérieure du péroné et faisant corps avec elle, une tumeur de consistance osseuse à contours bosselés et diffus qui pousse un prolongement, en arrière, dans les parties profondes du mollet et descend jusqu'à la partie moyenne de l'os. L'épiphyse inférieure du péroné est tuméfiée par une tumeur de même consistance et de même forme, bien que moins volumineuse. Le péroné seul est malade : car l'on ne sent aucune altération à la surface du tibia. L'état général est toujours bon, l'appétit conservé et la température à peine fébrile le soir.

Il n'y a donc plus à douter ; la poussée plegmoneuse intense du début cachait une altération profonde du péroné qui en était la cause; mais à quelle affection osseuse avons-nous affaire ?

A ne considérer que la forme, la consistance et le développement rapide de la tumeur osseuse supérieure, on pouvait songer à la naissance d'un de ces enchondromes qui ne sont pas exceptionnels à cet âge et dans cette région. Mais l'etat général se maintient excellent et l'éclosion de ces tumeurs malignes des os ne s'accompagne pas d'accidents inflammatoires aussi violents.

Pour écarter la diagnostic d'ostéite syphilitique, j'ai institué un trai-

tement spécifique énergique (iodure de potassium à cinq grammes e frictions mercurielles) qui n'a amené aucune modification dans le développement de la tumeur osseuse.

Reste à se prononcer entre une ostéite tuberculeuse et une ostéomyélite suppurée simple. L'âge du sujet, le développement du mal aux deux régions juxta-épiphysaire de l'os et surtout la fréquence des tuberculoses locales chez nos soldats pourraient faire pencher pour la première; mais l'homme ne présente aucun antécédent tuberculeux héréditaire ou personnel et son état général est si bon que je penche plutôt vers le diagnostic d'une ostéomyélite suppurée centrale du péroné. On ne doit pas oublier la préexistence des trois furoncles de l'avant-bras et, d'après les théories de Pasteur et de Verneuil, le staphylocoque, en se généralisant, a bien pu aller se fixer et coloniser dans le canal médullaire du péroné gauche; ainsi se trouve expliquée l'intensité de la poussée phlegmoneuse initiale.

Dans ces conditions, il ne faut pas hésiter à ouvrir largement cet abcès médullaire. L'opération est pratiquée le 1er mars, après chloroformisation du malade et application de la bande d'Esmarch.

Le péroné présente deux points particulièrement tuméfiés et qui semblent enfermer, dans leur masse ostéopériostique, deux foyers assez distincts d'ostéomyélite suppurée. L'un commence à quelques centimètres au-dessous de la tête du péroné et descend jusqu'à sa partie moyenne avec une saillie de consistance osseuse qui s'avance profondément vers le creux poplité. L'autre, moins volumineuse, fusiforme, a son maximum de tuméfaction à trois travers de doigts au-dessus de la pointe du péroné; c'est la dernière venue.

Pour entamer la première, je commence, à deux travers de doigt au-dessous de la tête du péroné, une incision qui descend parallèlement à la crête externe de l'os et je passe entre les muscles extenseurs et le long péroné latéral. L'os ramolli se laisse facilement couper par le bistouri qui pénètre dans son canal médullaire gorgé de pus crémeux. Avec la gouge et la curette de Wolkmann, il est facile de l'évider dans son tiers supérieur, d'évacuer le pus et d'extraire une série de petits séquestres intramédullaires, minces, allongés et présentant l'aspect de stalactites osseuses. L'os est tuméfié par une coque de tissu ostéo-périostique de nouvelle formation percée de trous par lesquels s'engagent les fongosités purulentes et que je m'empresse de cureter avec soin, je gratte dans l'os ramolli par l'ostéite raréfiante jusqu'à ce que je sente l'os sain crier sous la curette.

Même procédé opératoire pour le second foyer d'ostéomyélite qui occupe l'extrémité inférieure du péroné et présente les mêmes altérations anatomiques : abcès central intramédullaire, petits sequestres allongés, filiformes, engainés dans une coque ostéo-périostique de nouvelle formation. En bas, vers la tête du péroné, la curette rencontre le tissu sain; mais, en haut, elle pénètre dans le issu médullaire ramolli par la suppuration, sans qu'il soit possible, toutefois, d'aller rejoindre le canal creusé dans l'os par le curetage supérieur. L'hémorragie en nappe, qui apparaît après l'ablation de la bande d'Esmarch,

est facilement arrêtée par le tamponnement avec la gaze iodoformée. Pansement sec antiseptique.

Le résultat immédiat de l'opération est excellent. C'est à peine si, dans les jours qui suivent, l'on observe, le soir, une légère ascension thermique. L'état général se maintient très bon, le malade mange beaucoup et engraisse. Les plaies opératoires semblent marcher, tout d'abord, assez rapidement vers la cicatrisation. L'os cureté se recouvre de bourgeons charnus. A chaque pansement, les bords de la brêche opératoire, apparaissent comme de belles tranches rouges à peine recouvertes de quelques gouttes de pus.

Mais, dans les premiers jours du mois de mai, la cicatrisation s'arrête et deux fistules s'établissent au niveau des incisions primitives. La plaie supérieure présente deux pertuis bordés de bourgeons charnus, flasques, volumineux, d'aspect fongeux, par lesquels le stylet pénètre assez profondément jusqu'au contact d'une surface osseuse, rugueuse et dénudée dans l'étendue de plusieurs centimètres. La plaie inférieure présente un seul trajet fistuleux d'aspect analogue et conduisant sur une surface osseuse également dénudée.

Détaché dans un hôpital thermal, je laisse mon malade dans cet état, et M. le médecin major Altemaire, qui me remplace, voyant persister ces fistules et l'os tendre à se nécroser, propose à R... une opération radicale, la résection totale de l'aphyse péronéale avec conservation de la malléole externe qui semble saine.

Après quelques hésitations, le malade accepte et l'opération est pratiquée le 22 juin par le procédé d'Ollier, c'est-à-dire en deux temps.

Première partie de l'opération. — 1° Incision cutanée partant du bord postérieur du tendon du biceps, à trois centimètres de la tête du péroné, et descendant jusqu'à la partie moyenne de la jambe en passant par les orifices fistuleux.

2° Isolement du nerf sciatique poplité externe, qui est libéré de sa gaîne celluleuse et doucement protégé par un écarteur confié à un aide.

3° Incision et décollement du périoste. La membrane périostique est détachée de l'os avec la plus grande facilité à l'aide de la rugine, et même du doigt.

4° Section du péroné à la partie inférieure de la plaie avec le ciseau et le maillet, décollement complet du périoste à la face profonde en remontant vers l'extrémité supérieure. Section du péroné au niveau du col. L'épiphyse supérieure, présentant un aspect absolument sain, est respectée.

Deuxième partie. — 1° Incision placée sur un plan un peu antérieur à la première, partant de la base de la malléole externe, passant par l'orifice fistuleux inférieur et remontant jusqu'à la partie moyenne de la jambe sans atteindre l'extrémité inférieure de la première incision de manière à laisser un pont cutané de cinq centimètres environ, au point où les muscles péroniers contournent l'os d'avant en arrière pour gagner la gouttière retro-malléolaire.

2° L'induration de la cicatrice cutanée et des parties sous-jacentes ayant déterminé une inextensibilité assez prononcée des tissus et ne permettant pas un écartement suffisant de la plaie pour dénuder facilement la moitié inférieure du péroné, ce pont cutané a dû être sectionné par la suite, pour rendre la décortication de l'os plus facile.

3° Section de la base de la malléole par le procédé décrit plus haut. L'os sort dans sa gaîne périostique avec la plus grande facilité. La section pratiquée dans la malléole montre une surface osseuse parfaitement saine.

On termine l'opération en extirpant les portions indurées par les cicatrices antérieures; la plaie opératoire est cautérisée par la solution phéniquée forte. L'hémorragie en nappe, qui apparaît après l'ablation de la bande d'Esmarch, est facilement arrêtée par l'élévation du membre et le tamponnement.

Deux gros drains sont placés en haut et en bas, se rejoignant presque à la partie moyenne de la brèche opératoire; et, par dessus, la plaie est suturée dans toute son étendue au crin de Florence. Pansement iodoformé et compression ouatée.

L'os enlevé par cette opération, et qui comprend toute la diaphyse péronéale, mesure 26 centimètres; il est boursouflé, raviné et percé de trous par lesquels sortaient des fongosités purulentes; aux deux extrémités juxta-épiphysaires, le canal médullaire, largement ouvert porte les traces des évidements primitifs.

Les suites de l'opération sont assez simples. Léger mouvement fébrile dans les premiers jours. Le 28 juin, comme la température est montée, la veille, à 39° et que le malade se plaint de quelques douleurs à la jambe, on enlève le pansement et l'on trouve un petit point d'inflammation limitée à l'extrémité inferieure de l'incision supérieure. On enlève trois points de suture et il s'écoule environ une cuillerée à café de pus.

A partir de ce moment la fièvre cède, la température tombe à la normale et ne se relève plus. Les sutures sont enlevées le 5 juillet. La réunion est parfaite, sauf au point ou le pus s'est fait jour. Les drains sont enlevés le 17 juillet.

A partir de ce moment persiste, au point sus-indiqué, une fistule qui résiste aux cautérisations répétées par le Paquelin et qui laisse paraître, à son orifice, des fongosités grisâtres. Le stylet ne pénètre qu'à une profondeur de 3 centimètres. Cependant l'état général est excellent : l'appétit est superbe et l'homme engraisse à vue d'œil. Dans les premiers jours d'août, il commence à se lever. La marche, tout d'abord pénible, devient rapidement facile, même sans canne; l'articulation tibio-tarsienne a repris sa souplesse normale et, la mortaise tibio-péronière restant solide, le pied n'a aucune tendance à se dévier en dehors.

A la fin de septembre, quand je reprends le service, je trouve R... presque complétement guéri. L'état général est excellent, il est frais et gras. Il ne ressent plus aucune douleur dans la jambe gauche et il

se promène toute la journée sans boîter. Pas d'œdème le soir. C'est à peine si l'on constate une légère atrophie du membre inférieur gauche. A la cuisse les saillies musculaires se dessinent un peu moins nettement sous la peau, et au niveau du mollet la mensuration n'indique qu'une diminution de un centimètre et demi. Sous la cicatrice, qui a succédé à la plaie opératoire, les doigts palpent profondément un long cordon fibreux très dur et très solide qui relie les deux épiphyses et dans lequel on sent se former des noyaux plus durs d'ossification; de la base de la malléole externe on sent se détacher une stalactite osseuse qui pointe et s'enfonce dans le cordon cicatriciel. Mais la petite fistule très tenace, de la partie moyenne de la jambe, ne se cicatrice qu'à la fin de novembre à la suite de nouvelles cautérisations.

Cette observation est doublement intéressante au point de vue du diagnostic et du résultat de l'intervention opératoire.

Même après deux opérations successives, même après une année d'observation attentive, la pathogénie de cette ostéomyélite purulente centrale, survenue spontanément, reste encore pour nous fort obscure. L'intensité des accidents phlegmoneux qui accompagnaient l'éclosion de l'ostéite, la préexistence d'une furonculose à l'avant-bras, et surtout la nature du pus évacué par l'ouverture des abcès intra-médullaires, semblaient ne pas laisser de doute sur la nature de l'infection. C'était bien là l'aspect clinique de l'ostéomyélite centrale diffuse suppurée due au transport du staphylocoque et qui semblait, dans ces cas avoir adopté la marche de ces ostéomyélites prolongées si bien décrites par Lannelongue.

Mais, par la suite, le retard apporté à la cautérisation des plaies opératoires, la persistance de ces fistules à bords fongueux venaient ébranler notre conviction et pouvaient faire croire à la nature tuberculeuse de l'ostéite.

Un examen histologique du pus évacué par les premières incisions et surtout des cultures pratiquées avec ce pus auraient tranché définitivement la question. Mais nous ne sommes pas installés pour ces recherches microbiennes et nous n'avons pu tenter ce contrôle qu'à une période trop tardive de l'affection, pour qu'il puisse être considéré comme décisif. Des inoculations pratiquées à un cobaye avec des fongosités extirpées dans la dernière fistule ont amené en quelques semaines la tuberculisation de l'animal ; mais ce trajet fistuleux, qui suppurait depuis plusieurs mois, avait eu tout le temps d'être inoculé par le bacille tuberculeux.

Quelle que soit la nature intime de l'affection, le résultat de l'opération a été excellent et ses suites prouvent que l'on peut extirper la diaphyse péronéale sans nuire aux fonctions du membre, pourvu que l'on puisse conserver l'épiphyse malléolaire.

Et ce cas était bon à publier dans tous ses détails, car les observations des résections totales du péroné n'abondent pas dans la littérature chirurgicale. MM. Polaillon, Reynier et Kirmisson ont communiqué à la société de chirurgie des cas analogues. M. Gérard Marchant (*De la résection dans l'ostéomyélite et spécialement dans les nécroses diaphysaires*, Paris, 1889), cite le résultat d'une résection de la diaphyse du péroné pratiquée chez une fillette de 8 ans, pour une ostéomyélite suivie de nécrose rapide. Robert de Prague a publié une observation d'ostéite aiguë et de nécrose centrale avec résection de la totalité du péroné. Et Ollier, dans la dernière édition de son *Traité des résections* (1891), dit qu'il n'a jamais pratiqué l'extirpation totale du péroné; mais que, chez un soldat d'infanterie de marine atteint d'ostéite chronique suppurée à forme nécrotique, il pratiqua, en deux opérations successives, la résection de 24 centimètres de diaphyse péronéale. Toutes ces observations prouvent que l'on peut espérer chez les adultes, et surtout chez les enfants, une régénération plus ou moins complète de l'os enlevé.

M. Polaillon. J'ai fait une opération analogue sur un jeune garçon de 15 à 16 ans ; la régénération osseuse a été complète ; je présenterai, dans une prochaine séance, le péroné nécrosé dont j'ai fait l'ablation.

Présentation de pièce.

Par M. Le Dentu.

Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver (calibre de 11mm). *Perforations intestinales multiples nécessitant la résection de deux anses. — Plaie de la vessie, suture. — Mort le 5e jour. Autopsie.*

(Observation rédigée par M. Genouville).

Il s'agit d'un nommé M..., gardien de la paix, apporté le jeudi 17 novembre 1892, à 9 h. 30 m. du matin, salle Malgaigne (service de clinique chirurgicale de l'hôpital Necker) pour une plaie de l'abdomen par balle de revolver.

Le blessé est un buveur d'absinthe: il a eu à diverses reprises de véritables attaques apoplectiformes, une entre autres en 1887, et la dernière le dimanche 13 novembre 1892. A la suite de cette dernière attaque, caractérisée par une chute avec perte de connaissance, le malade est ramené chez lui dans un état de délire très accentué : tantôt agité, tantôt déprimé. C'est dans un moment d'agitation qu'il se lève, le jeudi 17 novembre, et tire sur lui-même cinq coups de son revolver d'ordonnance (11mm); deux balles seulement l'atteignent, l'une très superficiellement à la cuisse gauche, l'autre à l'abdomen.

Deux heures à peine après le traumatisme, le malade est amené à Necker. On l'examine immédiatement : il est agité, délirant. La face est légèrement cyanosée. Le pouls est bon, légèrement accéléré et absolument normal au niveau des deux fémorales.

La balle a pénétré dans la fosse iliaque droite (assez haut, près du flanc), par un orifice arrondi, entouré d'une zone excoriée et noircie par la poudre. On ne trouve pas d'orifice de sortie du projectile. Par contre le malade urine du sang pur : on le sonde et il s'en écoule par la sonde. Il est évident que la balle a perforé la vessie et la question de l'intervention se pose : le malade a eu quelques frissons pendant qu'on l'examinait, mais le pouls est bon, et la température (rectale) au lieu d'être abaissée, s'élève à 38°,8. A défaut de choc et de contre-indications quelconques l'intervention immédiate est décidée.

Opération. — Le malade étant anesthésié, l'abdomen est soigneusement savonné, rasé, aseptisé; la laparotomie médiane est pratiquée sur une ligne étendue du pubis à l'ombilic. La première incision est faite à onze heures, trois heures et demie après la blessure.

A l'ouverture de la cavité péritonéale, on trouve du sang épanché, exhalant une odeur d'urine très manifeste, mais pas en très grande quantité. Immédiatement on tombe sur une anse intestinale perforée : sur une longueur de 10 centimètres on compte quatre orifices. Un fort catgut est passé autour de cette anse, au travers du mésentère, au-dessus et au-dessous des perforations, et cette anse, enveloppée d'une compresse antiseptique chaude, est maintenue hors de l'abdomen.

On procède ensuite rapidement au dévidement de l'intestin grêle, et on trouve une deuxième anse présentant quatre perforations : cette anse est fixée et enveloppée comme la première. Tout le reste de l'intestin est réduit après une toilette rigoureuse. Plus loin, on rencontre une plaie superficielle en séton, ce qui porte à neuf le nombre des orifices dont est percé l'intestin.

La plaie vésicale est alors recherchée, et facilement trouvée : elle siège à la partie supérieure de la vessie, près du sommet et légèrement à droite.

Une sonde métallique est alors introduite par l'urèthre, et l'on explore la vessie pour chercher la balle, mais en vain.

L'orifice de la face postérieure est agrandi de façon à permettre le passage du doigt ; on sent alors, après quelques instants de recherches, une solution de continuité au niveau du lobe droit de la prostate tout près du col. La balle n'est donc pas restée dans la vessie : elle en est ressortie à ce niveau pour aller se loger vraisemblablement dans le lobe droit de la prostate, ou même plus loin. L'urèthre est resté intact.

Il ne fallait pas songer à aller chercher le projectile dans cette région : les perforations intestinales multiples assombrissaient déjà bien assez le pronostic pour que ce complément d'opération fût jugé nécessaire. De plus, le projectile étant dans une région relativement peu dangereuse, extra-péritonéale, on pourra toujours, si le malade se rétablit, aviser à une intervention périnéale ultérieure.

On pratique alors un grand lavage de la cavité pelvienne, à l'eau

bouillie. La vessie est ensuite refermée par un double surjet à la soie fine ; le surjet profond ne comprend que la couche musculeuse : le surjet superficiel comprend la musculeuse et le péritoine ; mais le revêtement péritonéal de la vessie cesse à peu près au milieu de la plaie : c'est alors le tissu cellulaire périvésical qui est réuni par le surjet superficiel.

L'occlusion de la vessie étant assurée, on procède au traitement des plaies intestinales : la plaie en séton est suturée à la soie fine (00) ; quant aux deux anses trouées de quatre orifices, on se décide à les réséquer toutes les deux sur une longueur de 10 centimètres chacune, ainsi que le coin de mésentère correspondant. Au niveau de chaque section, les deux bouts de l'intestin sont suturés par un double rang de points séparés à la soie 00, un rang profond, un rang superficiel, d'après le procédé de Czérny-Lembert.

Le nombre des points a été, pour la première anse réséquée, de 14 points profonds, 17 points superficiels et 3 points pour le mésentère. Il en a été à peu près de même pour la seconde. La deuxième résection et la suture du séton ont été pratiquées par M. Lyot, chef de clinique.

Après un second lavage limité, l'épiploon est attiré au devant de la masse intestinale, et on pratique, avec un gros catgut, la suture en surjet du péritoine et des muscles. Les sutures de la peau sont faites au crin de Florence. Pas de drainage, pansement au salol, sonde à demeure.

L'opération, commencée à 11 heures, s'est terminée un peu avant 1 heure. Elle a donc duré de une heure trois quarts à deux heures. Le malade a bien supporté le chloroforme ; le pouls est bon. Diète absolue ; — opiacés.

Le soir, température 38°,2, le pouls est bon, à peine accéléré. Le malade commence à s'agiter, il n'a pas eu de frisson depuis l'intervention. Cependant il n'a pas encore uriné, malgré la sonde à demeure.

Vendredi 18. Nuit assez calme, grâce à la morphine à l'intérieur et en injections. Le malade est très faible : température 36°,8 ; mais pouls petit et filiforme ; langue plutôt sèche. Le malade n'a toujours pas uriné, malgré la sonde à demeure. On pousse une injection boriquée, qui ressort claire. Injections sous-cutanées d'éther et de caféine.

Le soir 36°,4 ; pouls filiforme ; anurie.

Samedi 19. Le malade est tantôt calme, tantôt agité ; température matin 36°,8 — soir 36°,9. Le malade a émis une centaine de grammes d'urine, et de plus il a mouillé son lit. On continue la caféine.

Dimanche 20. Température, matin 36°8, soir 37°2. Le malade a été pris de hoquet dans la nuit. Il a encore uriné une centaine de grammes d'urine foncée. Pouls toujours rapide et filiforme.

Lundi 21. Le hoquet continue ; pouls incomptable et imperceptible. Température 37°,6. — Mort à 3 heures de l'après-midi.

Le malade a uriné en tout 400 grammes en quatre jours, depuis l'intervention.

Autopsie, le mercredi 23 novembre, à 11 heures du matin. En désu-

nissant la section abdominale, on constate sur la tranche quelques exsudats purulents. Il existe également des traînées purulentes à la surface de l'epiploon et de quelques anses intestinales, qui n'ont contracté aucune adhérence entre elles. L'intestin n'est pas ballonné. En relevant les intestins, on trouve une lame purulente dans la fosse iliaque droite et dans le petit bassin. La couleur blanc grisâtre de ce pus est absolument différente de celle du contenu intestinal qui est noir.

Il n'y a pas de collection de pus ni d'adhérences autour des anses suturées. L'intestin enlevé est distendu par un courant d'eau; on ne voit pas passer de liquide entre les sutures.

La suture vésicale semble bien fermée. La vessie une fois ouverte, on aperçoit l'orifice de sortie de la balle, très petit, immédiatement *à droite* du col, à 2 millimètres à peine en dehors de lui. Une sonde cannelée, engagée dans cet orifice, traverse la prostate en passant au dessous du canal de l'urètre et se dirige dans la *portion gauche* du creux ischio-rectal. On la sent à travers la peau de la fesse, un peu en avant de l'ischion gauche. Une incision ouvre un foyer à ce niveau, contenant un peu de pus avec le projectile.

Le tube digestif et les autres viscères ne présentent pas d'autres lésions que celles reconnues au cours de l'opération. Le cerveau ne présente à noter que des adhérences anormales, contractées par la face interne des deux hémisphères avec la faux du cerveau, au niveau du lobule paracentral.

En résumé, l'opération a été faite moins de quatre heures après la blessure. Quoique d'assez longue durée (près de deux heures), elle a été bien supportée par le malade. Celui-ci a succombé à une péritonite purulente, mais comme aucun des points de suture n'a manqué et que rien n'a pu pénétrer, de l'intestin ni de la vessie dans le péritoine, comme aucune lésion n'avait pu échapper à l'exploration pendant l'opération et qu'aucune des précautions rigoureuses habituelles pour la laparotomie n'avait été négligée, on peut affirmer que la péritonite a été causée par la chute dans la cavité séreuse des matières intestinales et de l'urine, tout de suite après la blessure.

L'opération n'a pas été nuisible, mais elle n'a pas pu arrêter l'infection commençante.

Scrutin.

Vote pour l'élection d'un membre titulaire de la Société.

La commission propose :

En première ligne : M. Picqué.

En deuxième ligne : Par ordre alphabétique, MM. Broca, Chaput, Michaux et Ricard.

Nombre de votants, 33. — Majorité, 17.

MM.	Picqué........................	24 voix.
	Michaux......................	7 —
	Broca..........................	1 —
	Chaput........................	1 —

M. Picqué est nommé *membre titulaire* de la Société.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Bouilly.

Séance du 21 décembre 1892

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Note manuscrite sur l'*Origine des abcès du foie et de leur importance au point de vue des conditions du succès opératoire par la méthode de Little,* et Extrait du *Progrès médical* (2 mai 1891) sur les *Indications de la méthode de Little, au point de vue des succès opératoires* (5 observations : 4 guérisons, 1 décès), par M. Demmler, membre correspondant national;

3° *Statistique du service de M. Peyrot, à l'hôpital Lariboisière pour l'année* 1891, par M. Peyrot. Paris, 1892;

4° *Du traitement chirurgical des calculs biliaires,* par M. Sieur (tirage à part d'un mémoire couronné par la Société de chirurgie).

MM. Poncet (de Lyon) et Monod (de Bordeaux), membres correspondants nationaux, assistent à la séance.

Suite de la discussion sur la rupture des voies biliaires.

Rupture des voies biliaires.

M. Routier. L'observation que nous rapporte M. Kirmisson est très curieuse, car c'est de toutes celles que j'ai pu recueillir la seule où par la ponction unique on ait obtenu la guérison.

Son malade ressemble à celui de Drysdale qui, tombé du haut d'un arbre, avait eu aussi de nombreuses lésions.

Comme dans tous les cas que je vous ai rapportés, la bile a pu s'épancher dans le péritoine sans occasionner de phénomènes trop graves, comme dans tous les cas qui ont guéri, il restera un doute sur le lieu et place de la rupture des voies biliaires. Mais je vous rappelle que, même dans les cas où on a pu faire l'autopsie, il a toujours été impossible, à cause des néoformations, de déterminer la nature des lésions.

Suite de la discussion sur l'entérostomie biliaire.

Calcul biliaire dans le cholédoque.

M. Routier. A mon tour, je voudrais communiquer une observation qui vient à l'appui des remarques faites par mon excellent maître et ami, M. Terrier, je veux parler du rapport entre l'état de la vésicule et l'existence des calculs biliaires obstruant le canal cholédoque.

Une jeune femme de 23 ans m'a été confiée à l'Hôtel-Dieu par M. le Dr Ernest Labbé dans le service duquel elle était entrée le 16 septembre 1892 pour un ictère intense.

Sans antécédents héréditaires dignes d'être notés, cette jeune femme faisait remonter la cause et le début de sa maladie à la secousse morale, au violent chagrin que lui avait causés la mort de sa mère survenue le 9 avril 1892.

De ce jour, en effet, elle avait commencé à ressentir des maux de tête, des courbatures, une soif vive, des démangeaisons sur tout le corps, l'appétit avait disparu.

Dès cette époque encore, elle avait éprouvé fréquemment des frissons, suivis de chaleur et de sueur, et aussi d'une jaunisse peu marquée et passagère.

Tout cela dura environ trois semaines, au bout desquelles l'ictère se prononce plus accentué, il n'a pas disparu depuis; dès cette époque aussi, les matières furent décolorées et l'urine très bilieuse.

Vers les premiers jours de juin, première crise de coliques, avec fièvre violente et recrudescence de l'ictère.

Puis les crises deviennent plus fréquentes, en juillet elle en compte jusqu'à trois par semaine, les démangeaisons deviennent insupportables.

A son entrée à l'hôpital, l'ictère est intense, l'amaigrissement très prononcé, les forces très déprimées, l'appétit nul, les garde-robes décolorées, l'urine très chargée de pigments biliaires, sans albumine ni sucre, et avec 16 grammes d'urée pour les 1,000 d'urine rendus par vingt-quatre heures.

Les règles étaient fort irrégulières, le pouls lent, 48, et elle avait un peu de bronchite.

Rien de spécial à noter du côté du système nerveux.

Le foie de grosseur normale; rien à noter dans la région de la vésicule, la palpation n'est même pas douloureuse.

M. E. Labbé dit colique hépatique et institue un traitement par l'huile d'olive, l'eau de Vichy, le lait, le calomel.

Le 10 octobre, elle a une crise de colique hépatique avec vomissements et recrudescence de tous les symptômes.

Sa température notée, tous les jours, et qui, jusque-là, était restée normale, entre 37°,4 et 36°,5, monta brusquement à 40° et 40°,4 le soir, pour retomber le lendemain à la normale où elle resta jusqu'au 23 octobre; à ce moment, nouvelle crise hépatique qui dure cinq jours avec 39-40°; nouvelle accalmie.

Le 17 novembre, nouvelle crise avec température 39°,8.

Le 22 novembre, même chose, 39°,8.

Le 28 novembre, même chose, 40°.

Enfin le 3 décembre commence une série de crises qui durent jusqu'au 9, avec une température qui oscille entre 39 et 40°.

La région de la vésicule devient douloureuse à la palpation, la malade se cachectise.

L'urine, de nouveau analysée, donnait 13gr,40 d'urée pour les 1,100 grammes rendus dans les vingt-quatre heures.

C'est alors, le 10 décembre, que M. E. Labbé me prie de voir la malade, atteinte pour lui de calculs hépatiques siégeant sans doute dans le cholédoque; il croit sentir dans la région de la vésicule comme une tumeur formée par sa distension; de mon côté, je suis beaucoup plus réservé, car la contraction du droit antérieur me semble masquer tout ce qui se trouve au-dessous.

Quoi qu'il en soit, le 15 décembre, je fais endormir la malade.

L'anesthésie obtenue, je constate qu'il n'y a pas de tumeur dans la région de la vésicule, la ligne de démarcation entre la matité du foie et la sonorité du ventre est régulièrement horizontale.

Je fais parallèlement au bord externe du muscle droit, en partant au-dessous des saillies des cartilages costaux, une incision de quatre travers de doigt, et j'arrive dans la cavité péritonéale après avoir lié une seule artère.

Le bord du foie paraît aussitôt, et sur ce bord une échancrure qui se continue avec une dépression de la face inférieure du foie.

Je dois donc être en face du sillon de la vésicule, mais celle-ci n'apparaît pas, et la recherche avec le doigt ne me donne aucune indication.

Je reprends avec soin mes repères : ligament de la veine ombilicale, bord du foie bien suivi, face inférieure; évidemment je suis sur la région de la vésicule.

Je note en passant qu'un gros lipome du repli péritonéal qui accompagne la veine ombilicale vient se placer dans l'échancrure du bord libre du foie, que je crois être celle de la vésicule, et pouvait bien faire croire à une tumeur.

L'angle du côlon est comme fusionné avec la face inférieure du foie, je dois l'en détacher, m'aidant des ciseaux et des ongles.

Quand j'ai pu arriver à détruire quelques-unes des adhérences du côlon, je finis par voir, accolé au foie, quelque chose qui pourrait bien être la vésicule, mais grosse comme le petit doigt tout au plus.

Poursuivant dans ce sens mon décollement, je crève la vésicule, d'où s'échappe une cuillerée environ d'un liquide filant, visqueux, incolore.

J'agrandis la déchirure de façon à en coiffer mon doigt, ce qui est facile, car les parois sont rigides comme du carton. Le catéthérisme de cette vésicule avec une sonde cannelée ne me donne rien.

Mais il est un temps de mon opération sur lequel j'ai passé qui a bien son importance et que voici :

Dès que j'ai eu constaté que la vésicule n'était pas distendue, j'ai été plus convaincu de l'existence d'un calcul. Cherchant alors dans la direction du canal cholédoque, j'ai pu reconnaître la tête du pancréas, me donnant une sensation particulière contre la colonne vertébrale, sensation qui doit rendre bien difficile à apprécier celle que donnerait un cancer peu volumineux de la région.

Entre le pancréas et la vésicule, aplatissant les tissus, j'ai eu la sensation d'un corps étranger, d'un calcul. Cette sensation, je l'ai fait contrôler par mes internes.

Alors, saisissant ce calcul entre mes deux index, toujours à travers les parties molles, j'ai essayé de le chasser vers l'intestin.

Je l'ai certainement fait cheminer, car à un moment j'ai eu le sentiment qu'une barrière s'opposait à toute nouvelle progression.

Je l'ai fait alors revenir en arrière, mais bientôt il s'est arrêté.

C'est alors que j'ai essayé de libérer la vésicule. Une fois ouverte et son contenu épongé, j'ai recommencé la manœuvre avec mes deux doigts et j'ai pu sans peine amener le calcul dans le champ opératoire.

Le voici, il présente la forme d'une sphère aplatie par trois plans, il mesure 18 millimètres dans son plus grand diamètre, 1 centimètre dans son plus petit.

A cause des trois facettes unies qu'il présente, j'ai cherché si je n'en trouverais pas d'autre, tout m'a paru souple.

J'ai refermé la plaie abdominale, laissant seulement passer dans la

partie supérieure de mon incision un gros drain qui pénètre dans la vésicule, au-dessous duquel j'ai placé une mèche de gaze iodoformée de plusieurs doubles pour protéger la cavité abdominale.

Le jour même, la malade a vomi une fois un liquide franchement bilieux.

Le lendemain matin, il a fallu changer le pansement qui était souillé par la bile.

Discussion.

M. Tillaux. Je désire ajouter un mot à propos des éléments de diagnostic donnés par M. Terrier entre les calculs du canal cholédoque et les lésions de la tête du pancréas. Il semble bien que cette distinction existe, et il paraît constant que la vésicule est affaissée dans le cas de calcul et qu'au contraire elle est distendue dans le cas de cancer du pancréas.

Je rappelle que chez un malade que j'ai opéré pour une lésion néoplasique de cet organe, il y avait une distension extrême de la vésicule biliaire.

M. Terrier. Cette découverte ne m'appartient pas; elle est tout au long dans le *Traité de Courvoisier* publié en 1890. Cet auteur dit nettement que dans les obstructions dues à des pierres, l'ectasie est rare; la vésicule est plutôt atrophiée. Il dit en outre que cette distinction est un point très important pour le diagnostic.

M. Reclus. Je n'avais pas attendu la communication de M. Reynier pour être convaincu de la réalité de ce fait. J'admets donc que dans le cas de calcul du canal cholédoque, la dilatation est *rare;* mais il faudra voir par la suite s'il n'y a pas lieu de dire qu'elle existe *rarement* mais non *jamais*.

M. Peyrot. Voici, au sujet de ce qui nous intéresse en ce moment l'observation d'une malade, prise par moi-même.

Mme A..., 56 ans, salle Elisa Roy, n° 6, s'était toujours bien portée jusqu'au moment où éclatèrent les accidents hépatiques dont nous allons parler. Elle avait eu deux enfants. Ses règles avaient disparu à l'âge de 49 ans.

A la fin d'octobre 1891, elle a été prise d'une violente crise hépatique; nouvelle crise, en novembre, d'une durée de quatre jours et suivie d'ictère. Accès plus violent encore à la fin de décembre.

Cinq accès semblables en janvier 1892. L'ictère n'avait pas disparu depuis novembre; la peau et les muqueuses avait pris une teinte de brique, les matières étaient absolument décolorées; les urines rouge acajou. De temps en temps survenaient des accès de fièvre débutant par un frisson.

Le 9 février, la malade entre à l'hôpital Lariboisière dans le service

de mon collègue le Dr Gouguenheim. On lui donne du sulfate de quinine, des lavements froids, le régime lacté. Les phénomènes persistent et s'aggravent. Le 15 la température monte à 39°,2; le 19 à 40°; le 21 à 39°,6. La malade nous est envoyée le 21 février. Nous observons dans notre service de nouveaux accès de fièvre. Ils ont surtout lieu le matin; mais le 26 au soir, veille de l'opération, le thermomètre marquait encore 39°,8.

L'état de la malade était très grave. Elle ne s'alimentait plus; aussi avait-elle beaucoup maigri; elle se plaignait d'une extrême faiblesse. On notait à ce moment que le foie très tuméfié dépassait notablement en dehors le rebord des côtes et descendait sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic. Une intervention rapide s'imposait.

Opération le 27 février 1892. — Une incision verticale de douze centimètres est pratiquée le long du bord externe du droit antérieur. La vésicule est trouvée libre d'adhérences, non pas ratatinée, mais peu volumineuse. On explore avec le doigt toute sa face inférieure, puis la région du canal cystique et du canal cholédoque. Aucune tuméfaction n'est découverte, quelque soin que l'on apporte à cette recherche plusieurs fois répétée. Même l'exploration de la vésicule ne permet pas d'y reconnaître sûrement la présence de calculs. Dans ces conditions, nous pensons devoir nous contenter de l'ouvrir au dehors. Le fond de la vésicule est donc attiré dans la plaie. Il y est fixé par plusieurs points séro-séreux. La paroi abdominale est réunie au-dessus et au-dessous par trois plans de suture. Ponction de la vésicule et évacuation du liquide bilieux qu'elle contient avec le gros trocart de l'appareil de Potain. On agrandit enfin au bistouri l'orifice de la ponction, et les deux lèvres de l'incision ainsi créée sont fixées par des points de suture aux bords de l'incision cutanée correspondante. La curette de Volkmann introduite dans la vésicule ramène quelques débris de calcul de consistance assez faible.

Dès le lendemain, la température de la malade s'abaissait jusqu'aux environs de 37°. Elle a toujours oscillé depuis autour de ce chiffre. Un seul accès de fièvre s'est produit le 3 mars sans cause appréciable. La température est remontée, mais cette fois seulement à 38°,4.

La bile, à partir du moment de l'opération, s'est écoulée librement par l'ouverture. Elle traverse le pansement que l'on est obligé de faire chaque jour et souvent plusieurs fois.

Les matières fécales restent décolorées.

La teinte ictérique de la malade s'atténue lentement, quoique la bile vienne en totalité en dehors. Le 2 juin elle n'est pas complètement dissipée; mais le 20 juin la peau a repris sa coloration normale, et toute trace de pigment a disparu de l'urine. A plusieurs reprises, après avoir dilaté l'ouverture de la vésicule, nous avons tenté d'extraire les calculs que nous supposions engagés dans son col. Nous n'avons ramené que des débris peu importants; une seule fois avec une pince nous avons pu enlever une concrétion du volume d'un noyau de cerise. Souvent aussi, nous avons cherché à pratiquer le cathétérisme des canaux; mais sans résultat.

Malgré la perte considérable que représentait l'issue de la bile dans sa totalité, malgré l'absence de ce liquide dans les voies digestives, l'état de la malade était redevenu excellent. Elle avait retrouvé l'appétit, mangeait bien, digérait tous les aliments et engraissait. Elle désira profiter de cette amélioration pour retourner au moins pour un temps dans sa famille, et elle quitta le service le 16 août 1891.

Elle nous revient le 5 octobre. Rien n'est changé ni dans l'état local ni dans l'état général. La bile continue à s'écouler au dehors, les selles sont décolorées; la santé est toujours parfaite. On ne pouvait cependant laisser subsister cette infirmité, et il est certain qu'un jour ou l'autre la privation de la bile devait avoir de fâcheuses conséquences. La cholécystentérostomie fut donc résolue.

Cette opération a été pratiquée *le* 30 *octobre* 1892, avec le bon concours de mes collègues MM. Périer et Chaput, de la façon suivante :

Incision médiane menée de l'appendice xiphoïde à l'ombilic; incision transversale à droite, partant de la première à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic et aboutissant en dehors à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la fistule biliaire. La vésicule se trouve masquée par une adhérence épiploïque qui est facilement détruite. La première anse d'intestin grêle qui se présente est approchée de la vésicule, et sur un lit de petites éponges qui protègent parfaitement le champ opératoire on unit les deux organes de la manière suivante : application à la soie de 5 points séro-séreux profonds; en avant de ceux-ci incisions, de un centimètre chacune, pratiquées l'une en face de l'autre sur la vésicule et sur l'intestin; quatre points muco-muqueux unissent la lèvre postérieure de l'incision cystique à la lèvre postérieure de l'incision intestinale. Quatre points semblables soudent ensemble les deux lèvres antérieures. Enfin huit nouveaux points séro-séreux complètent l'accolement en avant et sur les côtés. Il s'est à peine écoulé dans le champ opératoire quelques gouttes de bile et un peu de matière intestinale. Les éponges ont reçu tout cela. Suture de la paroi abdominale à trois étages : péritoine et muscles au catgut, peau au crin de Florence.

J'ai pensé un moment à libérer la vésicule de son adhérence à la peau et à fermer comme, complément de mon opération, la fistule biliaire, M. Périer m'y engageait en me faisant remarquer que j'allais voir probablement, si je laissais ainsi la vésicule ouverte, les matières intestinales passer par mon abouchement. Mais je ne me laissai pas convaincre; je ne voulus pas prolonger davantage l'opération. Je m'en tins donc à la simple entérostomie biliaire. Je plaçai même une sonde en caoutchouc rouge dans le trajet fistuleux pour que la bile pût encore pendant quelques jours être amenée au dehors.

Les suites de l'opération n'ont pas été simples, il s'en faut. Le lendemain et les jours suivants, la malade a un peu de fièvre ; la température atteint le soir 38°,6. Rémission matinale. Quelques douleurs dans la région hépatique, légère teinte ictérique.

Le 3 novembre le pansement se trouve souillé par des matières intestinales qui sortent par la sonde et autour d'elle avec la bile. La sonde est enlevée. Des pressions exercées avec ménagement sur la région

font sourdre par l'orifice biliaire ces mêmes matières liquides, floconneuses, brunes, exhalant une odeur fécaloïde.

Le 4 novembre, la température est redevenue normale; on essaie de protéger les lèvres des incisions contre le contact des matières au moyen d'une application de collodion.

Le 5 novembre, l'occlusion n'a pas tenu.

On constate les jours suivants de la rougeur et du gonflement au niveau de l'incision transversale; le 8 novembre tous les crins sont enlevés. La réunion ne s'est point faite. Il s'écoule des matières intestinales et de la bile par la partie moyenne de l'incision transversale; le pansement est abondamment souillé; la malade exhale une odeur fétide, quoiqu'on la nettoie plusieurs fois par jour.

Le 13 novembre on détache de larges lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.

A partir de ce moment la plaie marche rapidement vers la cicatrisation. Il se fait en quelques jours une sorte de réunion immédiate secondaire. Les matières intestinales ont cessé de venir au dehors à partir du 15. La bile s'écoule de moins en moins et par la plaie et par la fistule biliaire, car celle-ci marche parallèlement avec l'incision et s'oblitère comme elle, sans que nous soyons intervenu en aucune façon de son côté.

Le 20 novembre tout écoulement a cessé.

La réunion est absolument parfaite aujourd'hui et depuis plusieurs jours.

Les matières fécales ont repris leur coloration normale; la malade se lève depuis quinze jours; elle se sent forte; son état général est excellent.

J'ajouterai à cette observation quelques courtes réflexions.

Il est certain qu'au moment où j'ai pratiqué chez ma malade l'ouverture de la vésicule biliaire, l'oblitération du canal cholédoque était complète. Si j'avais pu découvrir le calcul probable de l'obstruction, c'est à la taille de ce conduit qu'il aurait fallu avoir recours; je pense que tout le monde aujourd'hui est d'accord sur ce point.

N'ayant point trouvé le calcul, j'aurais peut-être dû recourir tout de suite à la cholécystentérostomie. Je ne l'ai point fait pour deux raisons. Tout d'abord il ne m'était pas démontré que l'oblitération fût définitive. Une vague espérance me restait de voir se rétablir le passage de la bile. Je me proposais d'essayer du reste le cathétérisme des conduits. Vous avez vu que mes tentatives sont restées inutiles.

Un autre scrupule me tenait aussi. Savons-nous bien ce que deviendront les malades chez lesquels nous pratiquons l'abouchement de la vésicule dans l'intestin? Ne sont-ils pas exposés à l'infection ultérieure des voies biliaires par les organismes qui

pullulent dans le tube digestif et en particulier par le coli-bacille ? L'avenir seul pourra nous éclairer sur ce point.

Quoi qu'il en soit, les choses étant au point où je les avais mises et la bile s'écoulant tout entière par la fistule que j'avais pratiquée, il ne me restait que l'entérostomie biliaire à tenter.

Ici je ne me trouve pas tout à fait sans reproche, malgré le succès final de mon opération. N'aurait-il pas fallu, après avoir pratiqué l'abouchement, fermer tout de suite la fistule biliaire, comme me le conseillait M. Périer, et par exemple détacher celle-ci de la paroi et aboucher l'orifice déjà existant sans en créer un nouveau ? Telle est la conduite qu'il vaudrait mieux tenir, je crois. En effet, lorsque la vésicule est ouverte, la pression intra-intestinale fait passer les matières contenues dans l'intestin du côté de la vésicule. Il en résulte presque fatalement une infection des voies biliaires qui n'est pas sans inconvénient. J'attribue à ce passage les complications qui sont survenues chez ma malade.

Il me reste à signaler deux points. Ici la vésicule biliaire était, suivant la règle que nous a fait connaître M. Terrier, non pas ratatinée, mais peu développée.

Enfin il faut remarquer le bon état de santé dans lequel est restée l'opérée pendant plus de huit mois, malgré l'écoulement constant et total de la bile qui se faisait par la fistule.

M. Jalaguier. Je désire signaler un cas dans lequel avec un calcul du cholédoque il y avait *dilatation* de la vésicule. Sept mois après l'opération, j'ai trouvé à l'autopsie un calcul enchatonné dans le cholédoque près de son embouchure dans l'intestin. Le fait a passé inaperçu quand je l'ai communiqué; mais les détails de l'autopsie sont consignés dans le *Bulletin de la Société* à la séance du 20 mars 1889.

A propos de la discussion sur la hernie congénitale.

M. Phocas. Le récent rapport de M. Terrillon sur une observation de M. Michaux m'engage à vous communiquer succinctement les deux observations suivantes :

Obs. I. — Le 6 juin 1891, entre dans mon service un garçon de 9 *ans* pour une hydrocèle.

La tumeur est *à droite*, indépendante du testicule qui occupe sa place normale, transparente, du volume d'une noisette recouverte de peau saine. La réduction se fait en masse dans le bassin inguinal ; le liquide ne paraît pas refluer dans l'abdomen ni sous l'influence du taxis ni avec le repos au lit. L'autre testicule est descendu dans sa bourse.

Opération le 14 juin 1891. — J'arrive rapidement sur le sac rempli de liquide. Après l'avoir dénudé sans l'ouvrir, je remarque que dans le liquide il y a quelque chose qui flotte ; le doigt a la sensation d'un corps étranger et la vue montre qu'à cet endroit la transparence disparaît. J'ouvre le sac avec précaution, le liquide en petite quantité s'écoule, il est séreux. Je reconnais alors qu'au milieu du liquide flotte un appendice, diverticule long de 2 centimètres environ que je ne saurais mieux comparer qu'à un doigt de gant flottant par toute sa périphérie et allant se confondre tout en haut près de l'anneau inguinal externe avec les parois de la poche. Ce diverticule est creux lui-même, mais il est vide, aplati, rubanné, large de 2 à 3 millimètres.

Ouvert, il laisse pénétrer dans sa cavité la sonde cannelée et la conduit jusque dans le péritoine. Je dénude le sac aussi haut que possible et j'y place une ligature à la soie. Réunion *per primam.*

Exeat le 26 juin avec la plaie complétement guérie. Je n'ai pas revu l'enfant.

Obs. II. — Lucien B..., âgé de 4 ans 1/2 entre à l'hôpital porteur d'une hydrocèle droite.

Au niveau de la bourse droite, on trouve une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, en forme de boudin, longue de 3 centimètres 1/2 sur 2 centimètres de large. Cette tuméfaction est fluctuante et irréductible. Dans son ensemble elle offre aussi cette particularité d'être *bilobée* ; elle peut donc être divisée en deux segments. Le segment supérieur volumineux, est plus fluctuant (moins tendu par le liquide) et en continuation manifeste avec le péritoine, puisque son contenu se réduit. Le segment inférieur plus petit, séparé du précédent par un étranglement lui fait suite directement et donne la sensation d'une poche tendue, moins fluctuante par conséquent, irréductible et indépendante du testicule. La poche tout entière est transparente. Les deux testicules occupent leur position normale. Le droit est un peu plus volumineux que le gauche.

Le repos auquel l'enfant fut soumis quelques jours avant l'opération eut pour effet de faire diminuer sensiblement le lobe supérieur de l'hydrocèle, à tel point que le lobe inférieur paraît à présent plus volumineux. En réalité il a conservé ses dimensions.

Nous en concluons que l'hydrocèle est cloisonnée et que la loge inférieure n'est pas communicante.

Le diagnostic s'est trouvé confirmé par l'opération qui eut lieu le 12 août 1892. A la dissection je retrouve le cloisonnement sous forme d'un sillon. Le sac est ouvert et je constate alors que le sillon extérieur ainsi que l'apparence bilobée étaient le résultat d'une véritable cloison horizontale, convexe à sa face inférieure, concave par en haut, assez lâche. Cette cloison divise le sac en deux loges : l'une inférieure remplie de liquide séreux ; l'autre supérieure qui pourrait très bien être considérée comme un sac de hernie inhabité et qui a contenu du liquide. Cette dernière portion est en effet aplatie et presque vide au moment de l'opération, mais la sonde cannelée, pénétrant dans sa cavité,

s'achemine sans encombre vers le péritoine et bientôt quelques gouttes de liquide, s'écoulant le long de la cannelure, nous montre et la provenance du liquide et la communication avec le péritoine.

Le sac ayant été disséqué, une ligature à la soie fut posée à sa partie supérieure. Un surget profond à la soie, une rangée de sutures cutanées au crin ont complété l'opération. Suites complètement apyrétiques.

Exeat le 28 août. Guérison. Je n'ai pas revu l'enfant.

Les deux cas que je viens de relater me paraissent avoir des analogies avec ceux de MM. Berger, Terrillon et Michaux. Dans mon premier fait, c'est sous l'apparence d'une hydrocèle enkystée du cordon que l'affection s'est présentée en clinique.

Dans le second, l'apparence clinique était celle d'une hydrocèle congénitale bilobée, de dissection dans le premier cas.

Au point de vue anatomique : dans le premier cas le sac herniaire (si on veut l'appeler ainsi) était vide, retracté, rubanné, long et flottant dans le liquide de l'hydrocèle.

Dans le second le sac herniaire était aussi vide pendant l'opération, mais il a contenu du liquide à certain moment et ce liquide provenait du péritoine, ou il communiquait au moins avec le péritoine. Tout à l'heure l'idée de *diverticule* venait à l'esprit pour caractériser la disposition anatomique. Ici, c'est le mot *cloison* qui exprime mieux cette conformation.

Je serai très disposé avec M. Lucas-Championnière, à rattacher toutes ces particularités à l'évolution du canal péritonéo-vaginal.

Rapport.

Pérityphlite sans perforation, par M. le Dr Brucy (de Gien).

Rapport par M. Richelot.

M. Brucy (de Gien) nous a envoyé une observation intitulée *pérityphlite sans perforation*, pouvant se résumer comme il suit : il s'agit d'un homme de 60 ans ayant eu un phlegmon iliaque, suivi d'un abcès qui s'approcha de la peau, fut ouvert, lavé et drainé. Au bout de quelques semaines, la guérison était obtenue sans fistule. M. Brucy donne à ce fait le nom de pérityphlite sans perforation; la chose est possible, bien que le fait soit rare. L'absence de grands phénomènes péritonéaux n'est pas un argument suffisant pour faire rejeter l'idée d'une perforation.

Un côté plus intéressant est que ce malade était un ancien tuber-

culeux, portant au cou de nombreuses cicatrices d'abcès ganglionnaires et M. Brucy, tenant compte de cette circonstance, se demande si la lésion n'a pas été une adénite iliaque suppurée. Le fait ne me paraît pas démontré; il est plus vraisemblable qu'il s'agissait d'une lésion du cœcum ou de l'appendice.

Le fait actuel tire surtout son intérêt de la possibilité d'une lésion tuberculeuse du cœcum; cette question a déjà été soulevée ici et n'a pas été épuisée. J'ai présenté deux observations dans lesquelles j'ai pu découvrir un foyer tuberculeux du cœcum, en faire la résection et guérir ainsi cette tuberculose locale. J'ai rappelé à ce propos l'opinion de Lasègue qui voulait qu'en présence de poussée récidivante du côté du cœcum, on se méfiât de la tuberculose. Il y a donc lieu de songer à cette hypothèse et c'est, à mon avis, le point intéressant de l'observation de M. Brucy.

Rapport.

Plaie pénétrante du genou, guérison, par M. le Dr Courtade, ancien interne des hôpitaux de Paris,

Rapport par M. Richelot.

L'observation de M. Courtade concerne un vieillard de 72 ans, atteint de plaie pénétrante du genou; en tombant sur sa faux, ce malade s'ouvrit largement l'articulation et se fit une section du ligament rotulien. M. Courtade fit le nettoyage de la plaie, sutura le ligament rotulien au fil d'argent, établit un drainage de la jointure, immobilisa celle-ci et fit des pansements soignés avec la solution phéniquée à 2 0/0. Au bout de quelques semaines la guérison était obtenue et plus tard le malade retrouvait le libre exercice des fonctions du genou et pouvait marcher sans canne. Le fait méritait d'être signalé et est assez exceptionnel si l'on tient compte de l'âge du malade et du résultat définitif excellent. Nous ne pouvons qu'en faire honneur au médecin qui, malgré les conditions défavorables où il se trouvait pour faire une rigoureuse antisepsie, a su mener les choses à une aussi bonne fin.

Je propose d'adresser des remerciements à MM. Brucy et Courtade et de déposer leurs mémoires dans nos archives.

Les conclusions des rapports de M. Richelot sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

Sur trois mémoires adressés à la Société de Chirurgie, par le Dr Vincent, professeur à l'École de médecine d'Alger, chirurgien de l'hôpital civil.

Rapport par M. Schwartz.

M. le Dr Vincent nous a adressé trois mémoires, intitulés :

1° *Réflexions sur le pronostic et le traitement des ruptures de la rate à propos d'un cas de déchirure de cet organe suivi de guérison chez un paludique ;*

2° *Documents à l'appui du traitement des kystes hydatiques du foie par la laparotomie ;*

3° *Kyste hydatique de la région rétrovésicale. Rétention d'urine et obstruction intestinale. Laparotomie suivie de la suture du kyste à la paroi abdominale.*

Nous ne dirons que quelques mots de l'observation de kyste hydatique rétrovésical. Il s'agit d'un homme de 24 ans qui entre à l'hôpital avec de la rétention d'urine et des signes d'obstruction intestinale, siégeant sur le gros intestin; le toucher rectal démontre la présence d'une tumeur remplissant le cul-de-sac abdominal et tombant dans le rectum. Une ponction par le rectum ramène 60 grammes d'un liquide franchement hydatique; à sa suite l'occlusion est levée; formation de gaz et de matières. Grâce à la vacuité de la vessie et au moindre tympanisme, l'on peut délimiter à travers la paroi abdominale la tumeur incomplètement vidée, par suite d'un faux mouvement de l'opéré. Comme les accidents ont de la tendance à se reproduire, l'auteur se décide pour la laparotomie médiane immédiatement sus-pubienne, ouvrant le péritoine, cherchant derrière la vessie le kyste qui est vidé, incisé, puis suturé à la paroi, on en retire encore un litre de liquide d'une odeur infecte indiquant l'infection de la poche; drainage.

Les suites opératoires furent des plus simples; les accidents de rétention disparurent complètement, la cicatrisation marche, mais lentement, de sorte que le 15 juillet, date de la sortie de l'opéré et presque deux mois après l'intervention, il existait encore une fistulette dont l'auteur ne nous dit pas la profondeur; le 17 juin, il avait retiré avec une pince la membrane hydatique complètement détachée,

Il discute à propos de cette intéressante observation la meilleure conduite à suivre pour le traitement de ces tumeurs. Il rejette de parti pris la voie rectale, craignant l'infection facile de ce côté, et préconise la laparotomie médiane, soit transpéritonéale, comme

dans son cas, soit sous-péritonéale, comme l'a pratiquée notre collègue Tuffier dans un cas présenté et discuté au Congrès de chirurgie. Pour notre compte, nous ferons une seule réflexion : pourquoi notre confrère, ponctionnant la tumeur par le rectum, n'a-t-il pas fait une antisepsie préventive de l'intestin, après toutes ses dispositions pour évacuer le liquide complètement et essayer dans ce cas une injection de sublimé. Il pouvait guérir son opéré sans autre intervention et en cas d'insuccès ou d'infection qui s'est produite après l'évacuation incomplète, il lui restait la ressource de la laparotomie qui a d'ailleurs été suivie de marsupialisation de la poche et de guérison. Ce n'est pas que nous approuvions le choix de la ponction rectale, dans les cas où on aura affaire à ces kystes hydatiques du bassin; bien préférable à notre avis sera la ponction sus-pubienne, la vessie ayant été évacuée par le cathétérisme si la tumeur fait saillie dans cette région. Si elle n'y proéminait pas franchement, ne pourrait-on chercher à la repousser en avant en introduisant dans le rectum un ballon de Petersen qu'on gonflerait suffisamment. Si la ponction, dans les cas de kystes sans liquide, comme celui de notre collègue Tuffier, reste sèche, l'intervention sus-pubienne en rabattant la vessie, après section de l'ouraque et cheminement sous-péritonéal jusqu'à la tumeur, nous paraît la méthode de choix.

Ce serait elle encore que nous préconiserions si, après ponction simple ou ponction et injection de sublimé, dans les cas de kystes à une loge, le liquide se reproduisait et avec lui les accidents signalés par les auteurs, rétention d'urine et obstruction plus ou moins complète du rectum. En somme, l'observation de notre confrère, le Dr Vincent, porte sur un fait très intéressant et relativement rare et nous ne pouvons que le féliciter, sauf les quelques réserves faites, de l'heureuse issue de son intervention.

Le second mémoire de notre confrère est intitulé : *Documents à l'appui du traitement des kystes hydatiques du foie par la laparotomie.*

Nous n'y insisterons pas longuement, notre collègue Bouilly nous ayant fait récemment un rapport très substantiel sur le même sujet. L'auteur est partisan convaincu de la large ouverture des kystes hydatiques du foie; par la laparotomie, il accuse la ponction suivie d'injection ou de lavage au naphtol ou au sublimé de ne donner souvent que des semblants de guérison, la récidive se produisant beaucoup plus souvent qu'on ne l'avoue; beaucoup de kystes récidivés sont classés d'après lui parmi ces faits où l'on admet à côté du kyste guéri la production d'une nouvelle poche.

M. Vincent rapporte sept nouveaux faits qui tous mériteraient une longue analyse. Je ne vous en donnerai qu'un court résumé.

Ils peuvent être divisés en deux catégories : les uns concernent des kystes de la face inférieure du foie et sont au nombre de quatre; les autres, au nombre de trois, des tumeurs de la face convexe ou supérieure.

Le premier fait concerne un cuisinier de 29 ans auquel on fait une ponction capillaire, retirant quatre litres de liquide clair; le kyste paraît guéri quand trois mois après, à la suite d'excès alcooliques, apparaissent des phénomènes de suppuration. On fait la laparotomie treize jours après le début des accidents et presque *in extremis*, on tombe sur un petit abcès du foie qu'on suture à la paroi. Le kyste n'est trouvé qu'à l'autopsie, occupant la région interlobaire et rempli de pus dans lequel nage une énorme membrane hydatique. D'autres abcès sont encore disséminés dans le tissu hépatique et dénotent une véritable infection.

L'auteur se base sur ce fait pour combattre la ponction simple et mettre en avant la laparotomie qui certes eût sauvé le malade, si elle eût été faite d'emblée.

C'est aller un peu loin. Nous pensons pour notre part qu'une ponction aseptiquement faite et à fond, quand il s'agit d'un kyste avec beaucoup de liquide ne doit pas être incriminée, s'il survient de la suppuration trois mois après cette ponction, les kystes hydatiques pouvant suppurer sans qu'il y ait été fait de ponctions. Il est bien probable que cela a été le cas du Dr Vincent. Ce malade était un alcoolique qui, dès sa sortie de l'hôpital, fit des excès de toutes sortes. Il nous semble, par contre, que le chirurgien, sachant qu'il s'agissait d'un kyste hydatique, traité il y a trois mois par la ponction, et constatant dès la rentrée à l'hôpital le volume considérable du foie, eût dû intervenir aussitôt par une laparotomie et chercher le foyer de suppuration. Le malade, qui était alors à toute extrémité, eût supporté plus facilement les manœuvres faites pour sa découverte. En un mot, il fallait faire la laparotomie précoce si l'on voulait avoir quelque chance de succès. Il est juste toutefois d'ajouter que l'état du malade a présenté des rémissions qui ont pu tromper, dès le début, sur la gravité de son état et en imposer au chirurgien.

En somme, ce premier fait nous montre qu'une ponction simple peut ne pas guérir un kyste hydatique, l'accuser d'avoir fait suppurer le kyste est peut-être aller trop loin; en tout cas, la laparotomie était indiquée du moment que des phénomènes indubitables de la récidive et de la suppuration s'étaient montrés.

Dans le second cas il s'agit d'un kyste hydatique à vésicules multiples sans liquide dans lequel on fait inutilement trois ponctions et qu'on laparotomise sans succès. Le kyste était remarquable par son volume puisqu'il se prolongeait en bas jusqu'à la fosse

iliaque droite et que le chirurgien dut établir une contre-ouverture à ce niveau, parallèlement à l'arcade crurale. Il ne put arriver, malgré l'étendue de la porte, à en réséquer que très peu à cause des adhérences friables et saignantes qu'elle avait contractées. Guérison complète, confirmée une année après la sortie de l'opéré.

Viennent ensuite trois autres faits de laparotomie terminés par la guérison, une fois pour un kyste suppuré chez une malade très gravement atteinte au point de vue de l'état général, l'autre fois pour un kyste qui paraît s'être vidé autrefois par l'intestin et s'est reproduit ensuite. Le troisième cas concerne un malade opéré récemment d'une deuxième laparotomie pour un kyste hydatique suppuré. Encore trois guérisons à enregistrer et qui font tout honneur à notre confrère.

Les deux dernières observations concernent des kystes sous-diaphragmatiques pour lesquels on peut employer l'incision avec résection préliminaire du rebord inférieur du thorax d'après la technique indiquée par le professeur Lannelongue et son élève Hanniot (*Thèse de Paris*, 1871), ou encore traverser la plèvre après résection d'une ou plusieurs côtes d'après la manière de faire d'Israël; lorsque l'on agit sur un espace intercostal ou une côte, situés bas dans la série et que le kyste a refoulé la plèvre et le diaphragme en haut, il peut arriver que le chirurgien ne trouve pas la cavité pleurale et n'ait à faire son incision que sur le diaphragme. C'est ce qui est arrivé à notre confrère, qui dans un cas réséqua la neuvième côte, tomba immédiatement sur le muscle diaphragme qu'il traversa pour arriver sur le kyste, sans toucher à la plèvre. C'est là, malgré tout, une éventualité sur laquelle il ne faudra pas trop compter, surtout quand on agira aussi loin du rebord thoracique inférieur. C'est dans ce même cas que l'auteur observa un fait qu'il faut signaler, à savoir le relèvement du foie et la coudure des drains enfoncés dans la poche ; il fut obligé de réséquer la huitième côte et de placer de nouveaux drains pour arriver à une évacuation facile des liquides et à la cicatrisation définitive de la poche.

Dans un second fait de kystes multiples antéro-supérieurs, M. Vincent dut procéder sur le même sujet à trois laparotomies dont la dernière faite *in extremis* et transthoracopéritonéale, fut suivie de mort rapide par choc opératoire. Il s'agissait d'un de ces foies contenant plusieurs kystes, il y en avait six à sièges absolument différents et évoluant pour ainsi dire successivement à mesure que la chirurgie avait guéri le précédent.

Il ressort en résumé du mémoire du Dr Vincent que la ponction qui presque jamais n'a été évacuatrice, ce qu'elle doit presque tou-

jours être, si elle doit être curative ou même inoffensive, ne lui a donné que des mécomptes.

Il n'a pas essayé la méthode des injections parasiticides qu'il ne cite même pas, et regarde la laparotomie comme la méthode de choix. Quoique notre expérience personnelle sur la question ne soit pas considérable, puisque nous n'avons eu à traiter que quatre à cinq cas de kystes du foie, cette opinion nous paraît trop exclusive et injustifiable en présence des succès incontestés qu'ont donné, dans les cas où elles sont indiquées, les méthodes de la ponction simple évacuatrice et des ponctions avec injection de liquide parasiticide.

Je propose : 1° d'adresser des remerciements à M. Vincent ; 2° d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de membre correspondant national ; 3° de déposer son mémoire dans nos archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Extirpation totale de la matrice et d'un fibrome développé dans sa paroi postérieure, par la voie abdominale au moyen d'un appareil à traction [1],

Par le professeur AUGUSTE REVERDIN (de Genève),
Membre correspondant etranger.

Il s'agit d'une malade, Mme E... née en 1856. Dès sa jeunesse, elle avait eu des règles abondantes, qui depuis 1887 sont devenues de véritables pertes. L'existence d'un fibrome est constatée en 1888. Soignée par divers médecins, elle subit successivement un curettage, la discision du col, des séances d'électrisation et de massage; une castration double, n'amenant que des améliorations passagères.

Au printemps de cette année, des hémorragies fréquentes se produisent de nouveau, la faiblesse fait des progrès rapides et lorsque la malade se présente à moi à la fin de septembre 1892, elle est dans un état lamentable et elle demande très fermement une opération radicale.

Je dois avouer que, malgré la confiance que je pouvais avoir dans la méthode d'extirpation totale de l'utérus, à l'aide de mon appareil, je ne fus pas sans hésiter fortement à souscrire à la demande qui m'était faite. J'examinai la malade avec soin et, quoiqu'il me semblât que la mobilité de la tumeur était suffisante pour me permettre d'espérer une extirpation rapide, j'hésitai encore.

[1] Note lue par M. le Secrétaire général.

D'autre part, que proposer à cette malade découragée, ayant déjà subi plusieurs opérations sans résultat durable?... Je la mis en observation pendant quelques jours et, voyant que sa détermination était au moins aussi tenace que ses pertes, je me décidai à l'opérer.

Octobre 1892. La malade est endormie.

Nous enlevons toute la cicatrice, vestige d'une opération précédente. Cette cicatrice occupe au milieu de l'abdomen un espace de 20 centimètres de long sur 5 de large.

Ce tissu cicatriciel étant intimement soudé à la séreuse, la cavité péritonéale se trouve ouverte du fait de cette dissection. L'incision prolongée à gauche de l'ombilic mesure en tout 25 centimètres.

Le fibrome apparaît. Son sommet est libre d'adhérence, les trompes ont à peu près leur volume normal.

La tumeur est saisie avec la pince, et l'appareil à tractions mis en jeu.

La face postérieure de la tumeur adhère à plusieurs anses d'intestin grêle, nous détachons ces adhérences en rasant d'aussi près que possible le néoplasme et parvenons sans rupture dangereuse, jusque très bas en arrière. Nous n'avons pas de difficulté à séparer la matrice de la vessie, les doigts suffisent. Sur les côtés, les ligaments larges sont saisis avec de fortes pinces, et divisés de proche en proche à coups de ciseaux. Un kyste de la grosseur d'un œuf éclate lorsque nous disséquons la portion moyenne du ligament large droit.

La traction qui a été établie dès qu'il a été possible de saisir la tumeur avec la pince, se montre très efficace. A plusieurs reprises, je l'augmente et, suivant les exigences de la dissection, je fais tirer latéralement au moyen de la corde. La tumeur conduite à volonté dans un sens déterminé ne gêne guère les manœuvres. Je me fais du jour là, où j'en besoin. Quant à l'aide qui préside à ces tractions combinées, il est assez loin derrière moi, pour ne m'encombrer en aucune façon. Une sonde passée dans la vessie permet de se rendre compte des rapports et du terrain conquis.

Je cherche le col *par l'abdomen* et le rencontre beaucoup plus haut que je ne m'y attendais. Il est si bien attiré par l'appareil, que je n'ai pas la moindre difficulté à plonger mon bistouri dans le cul-de-sac droit. Cette boutonnière s'ouvre avec le sifflement caractérisque que j'ai déjà signalé, et qui est dû au passage de l'air dans le vagin.

Ce sifflement vaginal marque, ou peut s'en faut, la fin de l'opération. Une irrigation dirigée de dedans en dehors balaye le vagin du haut en bas. Ce conduit avait, cela va sans dire, été aussi désinfecté que possible, avant l'opération, ce n'est donc que par surcroît de précaution que je fais ce nettoyage de la dernière heure.

Ceci fait, il ne reste plus qu'à contourner le col avec le bistouri : tout en plaçant sur les bords du vagin ainsi taillés une série de six pinces hémostatiques. *Tumeur et matrice y compris le col, ne faisant qu'un*, pendent bientôt au bout de la pince.

Le vagin subit alors un mouvement de retrait considérable vers le

bas, ce qui démontre à l'évidence l'action efficace et puissante des tractions.

Ramené en avant, au moyen des pinces placées sur son bord libre, le vagin est hermétiquement fermé par quelques point de suture de soie. Nous faisons des ligatures au catgut sur les restes des ligaments larges que compriment encore quelques pinces, puis les feuillets péritonéaux sont aussi exactement réunis que possible par des sutures. Deux drains sont placés dans l'angle inférieur de la plaie, ils plongent jusqu'au fond du bassin; cette précaution est peut-être exagérée, car le vase péritonéal est absolument propre. Il s'est d'ailleurs écoulé une très minime quantité de sang pendant l'opération. Sutures profondes des parois abdominales au catgut. On ne peut suturer partout le péritoine *séparément,* car il est intimement soudé à la cicatrice abdodiminale. La peau est suturée à la soie.

Une feuille de gaze iodoformée, puis quelques doubles de gaz et d'ouate stérilisées constituent le pansement. *L'opération, y compris l'anesthésie et le pansement, a duré une heure quinze minutes.*

La masse enlevée pèse 2 kil. 400 gr. Elle se compose de la matrice dont la cavité mesure 14 centimètres de long sur 4 de large, et d'un fibrôme très dur, de structure uniforme.

Le fibrome s'est développé dans la paroi postérieure de la matrice, ce qui fait que cet organe était pour ainsi dire couché sur le néoplasme présentant par conséquent dans son ensemble une convexité marquée en avant.

Les suites de l'opération sont plus banales.

Apyrexie à peu près complète. — Le douzième jour, la malade s'assied volontiers sur son lit et demande à se lever.

Le treizième jour, elle passe une partie de l'après-midi dans un fauteuil. Les jours suivants, elle se lève et marche.

Les fils de la suture vaginale faite à la soie sont enlevés ou tombent d'eux-mêmes; le vagin est absolument sain, pas de pertes, mais une simple humidité toute normale.

Un fait à noter, que l'opérée nous indique elle-même, c'est la diminution très sensible du calibre du vagin.

Avant l'opération, il était facile d'introduire un cusco de volume ordinaire (les nombreuses séances de massage subies, ne laissant, d'ailleurs, aucun doute à cet égard), actuellement c'est avec difficulté qu'on introduit un doigt, consciencieusement graissé, dans ce vagin veuf de sa matrice. A quoi est due cette étroitesse ? serait-elle la conséquence de l'allongement assez marqué du vagin, allongement qui m'a frappé déjà, lorsque j'ai enlevé les points de suture, et qui a non seulement persisté, mais me paraît avoir augmenté depuis. Cet allongement serait-il dû lui-même à des adhérences contractées entre la partie supérieure du vagin et les organes abdominaux? Rien ne m'autorise à faire mieux que de risquer cette hypothèse.

On pourrait encore se demander si ce résultat n'est pas dû aux tractions exercées pendant l'opération.

Je termine en faisant remarquer que, malgré des difficultés très réelles, j'ai pu extirper, en moins d'une heure, une tumeur que retenaient des adhérences nombreuses et terminer heureusement l'extirpation totale par la voie abdominale, grâce à l'emploi de l'appareil à tractions que je préconise, et qui m'a déjà permis de mener à bien une opération du même genre.

Présentation de malade.

Gastrostomie en deux temps.

M. Schwartz présente un malade auquel il a pratiqué la gastrostomie il y a quinze jours. Cet homme est atteint d'un épithelioma sur l'œsophage qui rendait la déglutition presque impossible et ne permettait le cathétérisme qu'au prix de grandes difficultés. L'opération fut décidée avant que la période de cachexie ne fût arrivée. Dans un premier temps, l'estomac fut fixé à la paroi abdominale (gastropexie), et huit jours il fut pratiqué à l'estomac une petite ouverture qui donna passage à une petite sonde. Grâce à la petitesse de cet orifice il n'y a aucune issue de suc gastrique à l'extérieur; le malade introduit sa sonde au moment des repas et s'alimente d'une façon si satisfaisante que depuis l'opération il a gagné trois kilogrammes.

Discussion.

M. Monod. Je rappelle que chez un malade, que j'ai opéré de la même façon, il n'y a non plus aucune issue de suc gastrique. J'ai opéré par le même procédé un autre malade à qui j'ai fait la gastropexie, sans lui avoir encore ouvert l'estomac; cet homme est en bon état, se nourrit encore bien par l'œsophage et il est sorti de mon service, sans que j'ai encore fait le deuxième temps de l'opération, c'est-à-dire l'incision stomacale.

M. Reynier. Je relève une particularité intéressante dans le fait de M. Monod; notre collègue a fait la fixation de l'estomac *seulement* et il a remarqué qu'à la suite de cette manœuvre, son malade allait *mieux*. J'ai deux fois observé des faits de ce genre; chez un malade qui ne pouvait plus rien avaler, pas même les liquides, je fixai l'estomac à la paroi avec l'idée de lui ouvrir rapidement pour prévenir l'inanition; à ma grande surprise, le malade se mit à avaler et au bout d'un mois il continuait à avaler. Chez un deuxième

malade, j'ai également vu s'améliorer la déglutition à la suite de la gastropexie, et je connais un troisième fait qui ne m'est pas personnel, observé chez un enfant. L'explication de cette amélioration me paraît difficile à donner.

M. Poncet. Je suis très heureux de constater dans la communication de M. Schwartz qu'aucun liquide ne s'écoule à l'extérieur par l'orifice stomacal. J'ai préconisé cette opération il y a deux ans et j'ai pu m'assurer que cette gastropexie comme premier temps de la gastrostomie est une opération recommandable. En opérant de bonne heure, l'intervention est tout à fait innocente; quand il s'agit de passer au deuxième temps, on opère sur un tissu de cicatrice et on peut, avec la plus grande facilité, faire une petite ouverture par laquelle en peut alimenter le sujet sans qu'il y ait issue à l'extérieur des sécrétions de l'estomac. Un des inconvénients de l'ancienne gastrostomie était la grandeur de la bouche stomacale, l'issue du suc gastrique et la macération et la digestion des tissus voisins. Il y a donc un progrès réel réalisé par les manœuvres actuelles. J'ai entendu avec plaisir M. Monod parler des résultats qu'il a obtenus.

Comme l'a dit M. Reynier, on peut observer après la gastropexie une amélioration telle qu'on peut se demander si l'on n'a pas fait une erreur de diagnostic sur la nature de l'obstacle œsophagien; le fait est très curieux. Les aliments peuvent passer facilement pendant plusieurs semaines. Le spasme cesse et c'est à ce spasme qu'il faut surtout attribuer la gêne de la déglutition, car le cancer de l'œsophage me paraît incapable de fermer complètement ce conduit.

Dans un cas où je croyais à un cancer de l'œsophage, je fis la gastrostomie et je constatai qu'il y avait un cancer du pylore; je crus donc à la coexistence d'un néoplasme dans ces deux régions. Plusieurs mois après, l'autopsie nous démontra qu'il n'y avait pas de cancer de l'œsophage; mais, chose remarquable, les phénomènes du côté du pylore avaient été tellement améliorés qu'il y eut un répit considérable dans l'évolution des symptômes.

En résumé et à divers points de vue, ces opérations ainsi faites sont donc tout à fait recommandables.

M. Kirmisson. Ces fait sont très curieux et font penser aux améliorations apportées aux symptômes du cancer du rectum par la simple fixation de l'intestin à la paroi, avant même qu'il ne soit ouvert.

M. Monod. Mes paroles ont été mal interprétées; aucun de mes

malades n'a été amélioré par la gastropexie proprement dite. Mon premier malade se nourrit bien, mais grâce à sa sonde; mon deuxième malade devra subir la gastrostomie, et il n'a pas eu d'amélioration au point de vue de la déglutition.

M. SCHWARTZ. Mon malade n'avait pas été non plus amélioré par la gastropexie.

M. PONCET. J'avais mal compris le fait de M. Monod. Je répète néanmoins que j'ai remarqué après la gastropexie une facilité relative de la déglutition pendant quelques semaines. Ce fait a déjà été remarqué pour d'autres conduits atteints de cancer.

M. REYNIER. Mon cas est curieux par ce que, avant la gastropexie, mon malade ne pouvait absolument rien avaler.

Élection du bureau pour l'année 1893.

Election du président (Votants 23).

M. CH. PÉRIER, vice-président, est nommé président par 21 voix.
M. LUCAS-CHAMPONNIÈRE obtient une voix.
Un bulletin blanc.

Election du vice-président (Votants 23).

M. LUCAS-CHAMPONNIÈRE est nommé vice-président par 19 voix.
M. DELENS obtient 3 voix.
Un bulletin nul.

Election du premier secrétaire.

M. KIRMISSON est nommé premier secrétaire par 21 voix.

Election du second secrétaire.

M. PEYROT est nommé second secrétaire par 21 voix.
MM. SCHWARTZ et RECLUS sont maintenus par acclamation dans leurs fonctions de trésorier et d'archiviste de la Société.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. BOUILLY.

Séance du 28 décembre 1892.

Présidence de M. CHAUVEL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une série de brochures adressées par M. SYLVESTER SAXTORPH (de Copenhague), à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger;

3° *Les différentes formes de syphilis infantile observées à l'hôpital des enfants de Bucarest de* 1874-1892, par M. ROMNICEANU, membre correspondant étranger;

4° *Un cas de rupture des voies biliaires; intervention tardive; guérison*, par M. MICHAUX (M. Routier, rapporteur).

MM. DELAGENIÈRE (du Mans) et FORGUES (de Montpellier) membres correspondants nationaux, assistent à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. TERRIER communique une observation de cholédocotomie, par le professeur Studsgaard (de Copenhague), membre correspondant étranger.

Cas de cholédochotomie, par le professeur STUDSGAARD, chirurgien à l'hôpital Communal (inédite).

S. C..., femme mariée, 67 ans, entrée à l'hôpital Communal le 26 mai 1892, sortie le 1er juillet 1892.

La malade a souffert pendant une année de douleurs violentes et continuelles dans la région hypochondriaque droite; très souvent des attaques caractérisées par des coliques hépatiques, par l'ictère et ac-

compagnées par des vomissements; le repos, la morphine calmaient les attaques qui cependant récidivaient toutes les deux ou trois semaines; on n'a jamais constaté de calculs biliaires dans les selles toujours normales.

A l'entrée à l'hôpital la malade qui vient de subir une attaque est très fatiguée et très émaciée; la peau et les sclérotiques sont jaunes; elle n'accuse aucune douleur par la pression sur la région du foie; rien de particulier par la palpation de l'abdomen, l'urine est normale, pas de réaction de la bile. Sous le sommeil anesthésique on constate que le bord du foie atteint presque la ligne transversale de l'ombilic; la surface du foie est lisse, le bord un peu épaissi suit une ligne dirigée de bas en haut et de droite à gauche.

Opération le 3 juin 1892. — Une incision de 15 centimètres de longueur du bout de la huitième côte, verticale, traverse toute la paroi de l'abdomen; la plaie est maintenue béante par des écarteurs; le bord du foie est soulevé, puis on le fait sortir de la plaie même à l'aide d'un fil fort et épais qui traverse la substance du foie à une distance de 5 à 6 centimètres du bord libre; on arrive par ce procédé à découvrir la vésicule biliaire *grosse comme une noix* et située derrière et au-dessous du bord du foie; elle est reliée par des adhérences assez dures et résistantes au foie, au colon transverse et au duodénum; la vésicule libérée avec beaucoup de précaution de ces organes, fut incisée, on n'y trouva que de la mucosité noirâtre et pas de calcul; l'orifice du canal cystique paraît tout à fait fermé. La vésicule très facilement déchirable fut enlevée et ses débris encore restés cautérisés avec le cautère de Paquelin.

Au moment où on était arrivé à libérer la vésicule biliaire des organes environnants et adhérents on avait aussi réussi à découvrir le canal cholédoque qui se présentait sous forme cylindrique et d'une grosseur d'un doigt. En examinant alors le canal cholédoque par la palpation, on constata avec la plus grande facilité un calcul mobile dans le canal distendu par un liquide; on peut faire monter et descendre (faire marcher, mouvementer) le calcul dans le canal; celui-ci fut donc ouvert par une petite incision longitudinale, et le calcul de la grosseur d'une amande fut extrait; après cela on ne put par le doigt et par le stylet constater la présence d'autres calculs dans le canal; l'incision du canal fut fermée par des sutures en soie (Lembert) placées en deux plans. Pendant toute l'opération la cavité du péritoine avait été protégée à l'aide de compresses (petites serviettes de gaze) de telle façon que ni le mucus de la vésicule ni la bile du canal cholédoque ouvert, ne puissent pénétrer au-delà des compresses.

Lavage à l'eau boriquée; la grande plaie fut fermée complètement. On n'introduisait qu'une longue mèche de gaze iodoformée entre deux sutures jusqu'au niveau des parties de la vésicule cautérisée.

Après l'opération, aucun accident, la température fut toujours normale. *Le* 8 *juillet* on changea la mèche, sortie d'un peu de liquide coloré de bile. *Le* 16 *juillet* sécrétion minimum colorée de bile; la profondeur de la plaie n'est que de 2 centimètres. *Le* 23 *juillet*, l'ictère de

la peau et des sclérotiques a disparu, la plaie est complètement fermée; la malade se lève. Depuis elle a joui d'une santé parfaite, plus de coliques ni de douleurs.

M. Studsgaard fait remarquer que : 1° la sortie du bord du foie à travers la plaie fait beaucoup faciliter la découverte d'une *vésicule biliaire rétractée, petite* et par conséquent cachée; 2° cette sortie se fait en tirant à l'aide d'un fort fil qui traverse tout le foie dans une distance environ de 5 à 6 centimètres du bord; le tissu ne supporte pas cette traction et se déchire; or, justement dans ces cas dont il est question le tissu du foie, étant le siège d'une inflammation chronique, est plus résistant; on peut donc, en général se servir dudit procédé.

Communication.

Prostatectomie par la voie sus-pubienne; guérison opératoire; résultat thérapeutique,

Par M. Tuffier.

L'opération dont je vais vous entretenir a été fort discutée et de fait elle n'est indiquée que dans un nombre de cas très limité, mais elle peut alors rendre les plus grands services; l'exemple suivant en est une preuve.

M. X..., 52 ans, pharmacien du département de l'Oise, est un homme de haute taille, très vigoureux, qui vint nous consulter au mois de juillet dernier pour des accidents de rétention d'urine. Il nous raconte avec maints détails précis son passé pathologique, d'où il ressort nettement qu'il appartient à la grande catégorie des névropathes, arthritiques. Dès 1875 il avait, après des libations trop copieuses, un peu de difficulté à uriner, il avait peine à entamer la miction et le jet d'urine diminuait de volume. C'est en 1885 que les accidents devinrent menaçants, dans la soirée qui suivit un excès de régime le malade fut pris de besoins impérieux d'uriner qu'il ne put satisfaire qu'au prix d'efforts intenses et de douleurs extrêmement vives. Ces douleurs occupaient l'hypogastre, la région ano-rectale, s'irradiaient dans les lombes et dans les cuisses. Cet état douloureux après avoir persisté pendant vingt-quatre heures s'amenda peu à peu et disparut ne laissant comme trace qu'une fréquence exagérée des mictions surtout pendant la nuit. X..., préoccupé de cet accident, vint à Paris et consulta plusieurs de nos collègues et de nos maîtres qui portèrent le diagnostic : hypertrophie de la prostate avec prédominance dans le lobe moyen, sans rétention vésicale et prescrivirent le traitement classique, bains, lavements, iodure de sodium à petites doses, régime approprié. Ce

traitement fut suivi régulièrement, mais sans amélioration notable. Les difficultés de miction s'accrurent, et le malade s'aperçut peu à peu qu'il urinait plus facilement dans certaines situations ; c'est ainsi qu'il arriva à ne plus uriner qu'accroupi ou le siège fortement relevé.

En novembre 1891, à la suite d'un refroidissement, il fut pris de rétention complète. Le cathétérisme avec une sonde métallique fut difficile, il amena une légère hématurie et, à dater de ce moment, la miction devint extrêmement pénible et très douloureuse et ne se faisait plus qu'au prix d'efforts considérables dans lesquels le visage devenait turgescent. Quelquefois même à la fin de la miction, s'échappent quelques gouttes de liquide sanguinolent.

A plusieurs reprises ces accidents de rétention se produisirent nécessitant le cathétérisme métallique.

Au mois de juillet 1892 apparurent des douleurs du côté du rein gauche, sans expulsion de gravier. C'est alors que j'examinai le malade.

Je constatai l'intégrité de l'appareil rénal et la perméabilité parfaite du canal de l'urèthre. Par le toucher rectal je trouvai une prostate un peu plus volumineuse que ne le comportait l'âge du malade, l'hypertrophie portant principalement sur le lobe gauche.

La vessie paraissait épaisse, mais le palper hypogastrique me fit penser qu'elle se vidait complètement.

Le cathétérisme faisait sentir une saillie volumineuse formée par le lobe médian, cette saillie se poursuivait dans la vessie sur la partie latérale gauche du col. Je fis uriner le malade devant moi, et je vis que la miction debout ne laissait passage qu'à quelques gouttes d'urines, plus les efforts étaient intenses, moins l'écoulement était abondant. Dans la position accroupie, le jet d'urine sort brusquement, puis s'arrête et là encore plus les efforts sont violents, moins l'écoulement est manifeste.

Le malade est alors obligé de se lever, de marcher, de s'accroupir de nouveau, et répéter cette manœuvre trois ou quatre fois pour vider sa vessie.

Et comme les mictions se répètent assez souvent, on voit dans quel état précaire se trouve cet homme.

L'état général est assez bon, nous ne trouvons ni du côté du cœur ni du côté des artères de signe manifeste d'athérome. Je conseillai alors le traitement classique et le cathétérisme toutes les fois que les mictions deviendraient difficiles. Au mois de septembre dernier ce malade venait me retrouver, son état n'avait fait que s'aggraver, il réclamait une intervention. Avant d'arriver à ce résultat, je mesurai sa tension vésicale, et pour cela, sa vessie étant moyennement distendue, je le cathétérisai et je vis aussitôt que la sonde avait franchi l'obstacle que le jet d'urine était violemment projeté, et cela jusqu'à la fin de la miction, soit que l'effort abdominal soit mis en cause, je portai donc en conséquence le diagnostic d'hypertrophie du lobe moyen avec intégrité et même hypertrophie fonctionnelle du muscle vésical. J'acceptai

de pratiquer l'extirpation du lobe moyen qui me parut nettement indiquée dans ces circonstances.

Le 16 septembre dans la maison de santé de la rue Bizet, avec l'aide de MM. de Bouvel, Bresset et Rodriguez, je fis la cystotomie sus-pubienne. Malade dans la position de Trendelenburg, pas de ballonnement rectal. Injection de 150 centimètres cubes d'eau boriquée dans la vessie. Incision de quatre travers de doigts, à partir et au-dessus du pubis, découverte facile de la vessie qu'il est nécessaire de bien isoler car elle est arrondie et dure comme une tumeur solide. Incision au bistouri, je sens de suite une tumeur pédiculée entrant dans la partie latérale gauche du col, de volume d'une grosse noix. Le champ opératoire étant bien éclairé, j'excise au bistouri le pédicule de la tumeur de chaque côté, formant une perte de substance en coin dans la prostate, la tumeur est extirpée facilement. Suture de la plaie au catgut d'arrière en avant.

L'incision vésicale permet de se rendre compte de l'épaisseur des parois de la vessie, elle présente l'épaisseur du doigt, elle a l'aspect rouge vif, charnue comme un muscle strié. Fermeture de la plaie, non compris la muqueuse, au catgut. Deuxième plan à la Lembert avec la soie; puis réunion totale de la plaie sans drainage par étage successif. Sonde de Malécot laissée à demeure.

Voici donc un malade atteint d'hypertrophie du lobe moyen de la prostate avec accidents graves et prolongés de rétention urinaire, et qui a bénéficié à longue échéance de l'intervention opératoire. Les faits de ce genre sont rares, et nous admettons avec l'École française que les indications d'intervenir chirurgicalement sur l'hypertrophie prostatique sont exceptionnelles. Si, cependant, on analyse consciencieusement les diverses observations publiées, on arrive à reconnaître que certaines formes de cette affection deviennent justiciables d'une opération. Je me suis livré à cet égard à une étude des faits publiés, dont il ressort quelques considérations que je dois vous signaler. Nous trouvons tout d'abord que l'âge des malades est un facteur important pour le succès. La grande majorité des prostatiques qui ont largement bénéficié de l'intervention, ceux qui ont pu vider complètement et facilement leur vessie longtemps après l'intervention, étaient presque tous des hommes jeunes (40-55 ans).

Ces résultats cadrent bien avec ce que nous savons de l'artériosclérose, et si l'hypertrophie prostatique est toujours symptomatique de cette lésion générale, elle pourrait en être la première localisation et la seule pendant longtemps, et, en provoquant des contractions exagérées de la vessie, elle conduirait la musculation vésicale rapidement à l'hypertrophie et à la sclérose.

Le *siège* même de cette hypertrophie est un second facteur du plus haut intérêt. L'intervention sur les lobes latéraux est difficile,

souvent incomplète et susceptible de récidive rapide. Au contraire, le *lobe médian* est facilement accessible; son augmentation de volume peut être indépendante de celles des lobes latéraux ou, en tous cas, être largement prépondérante. Or, de toutes les localisations de l'hypertrophie, c'est celle qui conduit le plus rapidement à la rétention en faisant soupape sur le col vésical.

Or, la majeure partie des interventions heureuses et réellement efficaces ont été dirigées contre l'obstacle ainsi localisé; et il y a certainement là une indication opératoire dont il faut tenir grand compte. Je ne sais si cette hypertrophie débute plus tôt ou apparaît chez des hommes plus jeunes, il y aurait là quelques recherches à faire, mais l'impression que donne la lecture des observations est très nette à cet égard.

L'état du *muscle vésical* domine toute la question. Chez mon malade, j'étais certain de n'avoir rien à redouter. Les douleurs si vives qui accompagnaient la rétention, les efforts d'expulsion qui les accompagnaient, et cela sans cystite, indiquaient déjà une résistance considérable à la distension et, par conséquent, une paroi vésicale épaisse. Le cathétérisme m'en donnait une preuve directe, non seulement de cette résistance, mais de sa nature musculaire, et j'étais certain que la levée de l'obstacle serait suivie d'une miction parfaite et complète. Là encore la lecture des faits nous montre que l'intégrité de cette musculation persiste longtemps quand il s'agit de sujets jeunes et lorsque l'hypertrophie porte sur le lobe médian.

Il y a même dans l'observation de ces trois facteurs : âge peu avancé, hypertrophie du lobe médian, intégrité ou hypertrophie du muscle vésical, un syndrome qui pourrait faire penser à une variété pathologique spéciale et je me demande si ces faits doivent bien être rangés dans le cadre prostatisme, et j'admettrais volontiers l'hypothèse qu'il s'agit peut-être, dans plusieurs observations, de fibromes du lobe médian à évolution vésicale. C'est pour trancher cette question que j'ai examiné avec grand soin la tumeur de mon malade; à la coupe elle ressemblait bien au tissu prostatique, mais j'ai voulu avoir le contrôle de la micrographie. L'examen pratiqué au laboratoire de M. Malassez a bien prouvé qu'il s'agissait d'une hypertrophie du lobe médian, puisque la tumeur contenait les glandes prostatiques. La triade symptomatique que nous venons d'exposer me semble donc suffisante pour commander l'intervention, mais quelle intervention ?

La *voie sus-pubienne* me paraît la voie d'élection. Tout d'abord, c'est de ce côté que se porte la tumeur, puisque son évolution se fait du côté de la cavité vésicale. De plus, cette large brèche permet seule de se rendre facilement compte de l'étendue et des rap-

ports de la lésion et elle permet une large ablation, pour ainsi dire à ciel ouvert. La discussion ne me paraît pas possible sur cette question. Aussi n'insisterai-je que sur un point de manuel opératoire.

J'ai enlevé la tumeur en creusant au bistouri un véritable fossé dans l'épaisseur du tissu prostatique, les deux versants de ce fossé ont été suturés, non pas en les rapprochant transversalement, mais, au contraire, en affrontant la lèvre antérieure ou uréthrale à la lèvre postérieure ou vésicale. Je considère le bistouri comme préférable au fer rouge comme instrument de diérèse. Il permet d'obtenir une cicatrice plus rapide et plus régulière. La suture a ici une triple action; elle est hémostatique et permet ainsi de se dispenser des instruments multiples employés dans ce même but; elle crée un orifice régulier, et enfin elle donne à cet orifice son maximum de largeur transversale. En effet, en suturant les deux lèvres de la plaie d'avant en arrière, on empêche la formation de la barre prostatique et on agrandit transversalement l'axe du col et de la région prostatique. Pratiquée au catgut, la suture me paraît donc n'avoir que de grands avantages.

Discussion.

M. Terrier. Avec quel fil M. Tuffier a-t-il fait la suture?

M. Tuffier. Je me suis servi de catgut. Les expériences que j'ai faites m'ont démontré que les fils de soie s'incrustent de sels calcaires et que leur emploi doit être rejeté. Je me félicite dans mon cas d'avoir fait au-dessus de la suture au catgut une deuxième ligne de réunion à la soie qui me paraît avoir assuré le succès; au huitième jour, en effet, il s'est produit une hémorragie et il y a eu des contractions vésicales violentes qui auraient sans doute fait rompre la réunion, si elle n'avait été faite qu'avec le catgut.

M. Terrier. Peut-on obtenir la réunion par première intention? Quels sont les résultats de l'expérience de M. Tuffier à cet égard? Le catgut est-il suffisant pour obtenir cette réunion?

M. Lucas-Championnière. J'appuie les idées de M. Tuffier; dans les opérations sur les voies urinaires, j'ai été satisfait du catgut. Il ne résiste peut-être pas toujours longtemps, mais sa résistance est en raison de son volume, et il suffit de choisir le numéro convenable. On est frappé de la rapidité avec laquelle se font les réunions sur l'urèthre; dans les sutures de ce conduit, je me suis toujours servi de catgut; je n'ai jamais mis de sonde à demeure et j'ai toujours vu la réunion se faire avec une extrême rapidité.

M. Tuffier. Je ne puis répondre que ceci : chez les animaux, j'ai fait des prostatectomies et j'ai obtenu des réunions par première intention; chez l'homme, je ne puis rien affirmer. Dans mon cas, mon but était de tenter une réunion par première intention, mais je ne saurais affirmer qu'elle a été obtenue.

Je crois, en effet, comme M. Lucas-Championnière, que le catgut est suffisant; mais si, par hasard, il se fait une rétention dans l'arbre urinaire vers le cinquième ou le sixième jour, la suture peut manquer, et il me semble bon de faire une suture supplémentaire à la soie.

Communication.

Contusion de l'abdomen, rupture des voies biliaires; laparotomie; guérison, par M. Michaux, chirurgien des hôpitaux (Commissaire : M. Routier).

Présentation de malades.

1° *Orchidopexie.*

M. Monod présente un homme, âgé de 24 ans, atteint d'ectopie inguinale double auquel il a, à gauche, fixé avec succès le testicule dans les bourses.

Le testicule était dans l'aine, on le repoussait facilement plus haut, du côté du ventre, mais sans le faire disparaître; il ne pouvait être entraîné dans les bourses.

Opération, le 11 octobre 1892. Incision oblique sur le trajet du cordon, allant de la partie supérieure des bourses jusqu'à la hauteur de l'anneau inguinal externe. Mise à nu, couche par couche, du conduit vagino-péritonéal, et ouverture de ce canal.

Le testicule et son cordon apparaissent. Section à petits coups de bistouri, perpendiculairement à l'axe du cordon, de toutes les parties fibreuses et séreuses qui le constituent, les gros vaisseaux et le canal déférent exceptés; pour respecter ces derniers, la section est faite très lentement, les parties à couper étant chaque fois étalées et examinées par transparence.

Cette libération faite, le testicule, n'étant plus suspendu que par le canal déférent et ses vaisseaux, est facilement attiré au delà de l'anneau inguinal externe.

Le scrotum est un peu atrophié, mais cependant bien dessiné. J'y creuse avec le doigt une cavité dans laquelle je loge la glande.

Je l'y fixe par un point de suture, au catgut perdu, passé dans les parties profondes de la peau et dans les parties fibreuses péri-testiculaires au voisinage de l'épididyme.

J'explore ensuite le canal vagino-péritonéal et ne puis acquérir la certitude qu'il communique avec la grande cavité péritonéale. Je ne crois pas devoir prolonger mon incision pour m'en assurer, parce qu'il n'y a aucune apparence de hernie.

Je me contente de refermer très exactement les parties qui correspondent à la paroi antérieure du canal vagino-péritonéal ouvert par trois ou quatre sutures au catgut, embrassant tous les tissus fibreux et séreux qui sont au devant du cordon, ce qui, du même coup, ferme très exactement l'ouverture de l'anneau inguinal externe.

Un deuxième plan de suture au catgut en surjet est placé au devant du premier.

Suture de la peau au crin de Florence.

Pas de drain. Pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate.

Actuellement, le testicule est resté fixé à mi-chemin entre le fond des bourses et l'épine du pubis, il n'a aucune tendance à remonter.

Discussion.

M. Marchand. J'ai opéré, au mois de janvier 1891, avec le concours de mon excellent confrère, le Dr Dubousquet-Laborderie, un jeune homme de 18 ans porteur d'une ectopie testiculaire inguinale du côté gauche, compliquée d'une hernie épiploïque. Le testicule était de moitié moins volumineux que celui du côté opposé. La consistance était également moins ferme. Il était très mobile ; on le pouvait facilement déplacer dans un champ d'excursion correspondant en dehors à la partie la plus élevée du pli de l'aine, en dedans à l'épine pubienne. Bien que le canal vagino-péritonéal fût très large, l'épiploon ne sortait qu'à l'occasion des efforts exécutés par le malade. La région tout entière était très sensible à la palpation ; les pressions, même légères, exécutées sur le testicule extrêmement pénibles.

Le scrotum de ce côté était peu développé ; pour mieux dire il n'existait point à l'état de poche, et ne se différenciait de la peau environnante que par son aspect et sa structure particulière. Le malade n'avait jamais porté de bandage qui, du reste n'eût pu être toléré en raison de l'exquise sensibilité de toute la région. A l'ouverture du sac séreux, je trouvai le testicule entouré par la vaginale qui le reliait à la paroi postérieure. Le cordon remontait vers l'orifice inguinal externe en marchant parallèlement au pli de l'aine. Jusqu'à son entrée dans le canal inguinal, il était complètement entouré par la séreuse qui ne lui constituait point cependant un méso complet. La dissection de la vaginale fut excessivement

laborieuse ; notamment au niveau du cordon, où elle était d'une minceur idéale. Je pus arriver pourtant à pratiquer une dissection soignée que je prolongeai aussi haut que possible dans le trajet inguinal. A ce niveau du reste la tâche était devenue relativement facile en raison de l'éparpillement des éléments du cordon. J'avais dès le début de la dissection sectionné transversalement la vaginale au-dessus et en avant du testicule, conservant de cette dernière ce qui me parut nécessaire pour la confection d'une vaginale où le testicule fût bien à l'aise.

Le cordon était très mince, peu résistant, composé des vaisseaux seulement du canal déférent et d'un tissu dans lequel il était impossible de reconnaître un crémaster. De la paroi postérieure de la poche, il m'a semblé reconnaître sous la séreuse, et procédant de l'orifice inguinal externe, un épaississement de tissus qui venait se confondre avec la peau du scrotum et que je suis très tenté de considérer comme le crémaster lui-même (j'entends la portion de ce muscle qui procède de l'épine pubienne et de l'arcade crurale).

Ce fait a, je crois, un intérêt réel, aussi le signalé-je en passant, d'autant que le fait m'a semblé, dans l'espèce, d'une très grande netteté.

Après avoir refait la vaginale, oblitéré la partie supérieure du canal vagino-péritonéal par une double ligature en chaînette, je replaçai sans difficulté le testicule dans la cavité scrotale que j'avais dû créer par refoulement.

J'assujettis par quelques points de suture au catgut le tissu cellulaire du cordon avec les surfaces traumatiques.

La guérison fut rapide et obtenue dans toute l'étendue de la plaie par première intention. J'ai suivi depuis le jeune malade et ai pu m'assurer que jusqu'à maintenant, le testicule a parfaitement conservé la situation que je lui ai donnée. Et du reste, il lui est maintenant anatomiquement impossible de regagner le pli de l'aine, puisque les dispositions organiques qui le maintenaient dans cette situation vicieuse ont été détruites par l'opération.

Il conserve donc sa position dans le scrotum, à une distance raisonnable de l'orifice inguinal externe (que j'ai rétréci au moment de l'opération).

Non seulement, il ne m'a point semblé qu'il eût tendance à remonter, mais grâce à des massages, à des frictions opérées sur le scrotum et sur le cordon, les tissus s'assouplissent et le testicule s'abaisse plus facilement sous l'influence d'une traction même légère.

L'orifice inguinal externe est resté très rétréci ; aucune tendance à récidive herniaire. Le succès opératoire a été parfait, et se maintient aujourd'hui, presque un an après l'opération.

M. Tuffier. J'ai opéré plusieurs fois de la même façon dans le cas où il y avait une hernie compliquée de la présence d'un testicule haut situé. Les résultats sont en moyenne comparables à celui que nous a montré M. Monod ; le testicule reste situé à mi-chemin entre le fond des bourses et l'orifice inguinal.

M. Reclus. Il serait bien intéressant d'examiner le sperme de ces malades et de voir sa teneur en spermatozoïdes au bout de quelque temps après l'opération.

M. Marchand. Chez mon malade, le testicule s'est beaucoup abaissé sous l'influence de tractions et de massages.

M. Tuffier. Chez un malade que j'ai opéré, dont le testicule était inclus dans la paroi abdominale et s'est maintenu abaissé après l'opération, l'examen du sperme a été pratiqué par M. Cornil et a démontré l'existence de spermatozoïdes en quantité considérable.

M. L. Championnière. L'important au point de vue du résultat, est de savoir se contenter de ce que voulait bien le testicule ; dans un certain nombre de cas, j'ai obtenu que l'organe restât assez loin au-dessous de l'anneau inguinal externe ; d'autres fois, il peut se rapprocher assez de cette région pour devenir douloureux. Néanmoins, ces malades bénéficient de l'intervention. Il est bon d'examiner les malades longtemps après celle-ci, parce qu'on peut voir tardivement remonter le testicule. Le résultat néanmoins ne peut être déclaré mauvais que dans les cas où l'organe revient se mettre au niveau de l'orifice inguinal.

2° *Laparotomie pour une tumeur solide du petit bassin.*

M. Picqué présente à la Société un homme auquel il a enlevé par la laparotomie un énorme cancer du testicule en ectopie abdominale et qui occupait la totalité du petit bassin.

L'observation mérite d'être relatée en détail.

Le nommé G., âgé de 34 ans, employé à la compagnie du Nord, se présente en septembre 1892 dans le service de M. Périer que j'avais l'honneur de remplacer.

C'est un homme vigoureux et très énergique dont la santé est restée jusqu'à présent excellente. En janvier 1892, il ressentit pour la première fois une douleur sourde dans la fosse iliaque du côté gauche, douleur très supportable d'ailleurs. Au mois de mars, il découvre dans cette région une petite tumeur du volume d'une noix.

Depuis lors, cette tumeur s'est progressivement développée sans porter atteinte à la santé générale. Néanmoins le malade vint à l'hôpital pour en demander l'extirpation en raison des phénomènes douloureux

qu'il éprouve. État actuel. Le ventre ne présente pas de déformation appréciable à la vue. Par la palpation, on arrive sur une tumeur siégeant exclusivement dans le tiers interne de la fosse iliaque gauche. Cette tumeur déborde l'arcade de Falloppe d'environ deux travers de doigt et affleure la ligne blanche sur la ligne médiane.

Dans sa portion accessible elle est de consistance dure; sa surface est lobulée. Cette tumeur est mobile dans sa portion iliaque, mais elle semble se prolonger dans la fosse iliaque et y adhérer même. Au niveau de l'arcade de Falloppe, elle semble adhérer à sa partie moyenne. Le toucher rectal permet de constater nettement qu'elle se prolonge dans le petit bassin où elle fait une forte saillie. Elle aplatit le rectum contre le sacrum; le doigt n'arrive pas à la contourner.

Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire appréciable.

Troubles fonctionnels. Il existe une douleur sourde dans la fosse iliaque gauche, de temps à autre, le malade ressent quelques élancements. Il y a de la constipation surtout marquée dans ces derniers mois. Le malade accuse en outre un peu de dysurie.

Les fonctions digestives sont intactes, l'état général est excellent, mais le malade dit avoir maigri d'environ 2 kilogrammes depuis quatre à cinq mois.

En présence de l'augmentation rapide de la tumeur et de sa consistance, on ne pouvait, malgré l'absence de phénomènes généraux, qu'admettre l'existence d'une tumeur maligne du petit bassin, mais quel en était le siège ? Or, ayant remarqué que le malade était atteint d'une ectopie abdominale du testicule gauche, je n'hésitai pas à diagnostiquer un cancer du testicule. Je proposai, dès lors au malade une laparotomie qui fut acceptée de suite et que je pratiquai le 21 septembre au pavillon de l'hôpital Lariboisière.

La laparotomie fut pratiquée sur la ligne médiane selon les règles ordinaires. J'arrivai sur une tumeur volumineuse dépassant le volume du poing, adhérente à l'épiploon et à une anse d'intestin grêle. La tumeur, fortement enclavée et adhérente au cul-de-sac recto-vésical, fut libérée comme à l'habitude. Elle était fixée à l'orifice interne du trajet inguinal à l'aide d'un pédicule très vasculaire, en tout semblable au pédicule d'une tumeur ovarienne. Je le traitai de la même façon : ligature à la soie et excision. Le foyer opératoire ne montre aucun ganglion; seul, le cul-de-sac recto-vésical présente en un point un épaississement suspect.

Le ventre est refermé à l'aide d'un triple plan de sutures.

Les suites de l'opération ont été fort simples : au neuvième jour, les fils sont enlevés; la réunion est complète. Le malade quitte l'hôpital au quinzième jour.

La pièce doit être l'objet d'un examen histologique que je communiquerai ultérieurement à la Société.

Aujourd'hui, le malade, comme vous pouvez le voir, est dans un état général excellent. Il n'existe aucune récidive locale, mais la rate présente un développement notable; dans la région sus-clavi-

culaire gauche, on trouve quelques ganglions qui me font penser à la possibilité d'un lymphadénome du testicule.

3° *Varices lymphatiques congénitales.*

M. MOTY. J'ai l'honneur de présenter un malade atteint de varices lymphatiques du pli de l'aine gauche ; je le présente bien que son affection soit peu grave parce qu'une lésion rare dont la pathogénie n'est pas élucidée offre toujours un certain intérêt.

Il est entré au Val-de-Grâce le 15 novembre dernier pour un psoriasis et c'est en l'examinant que nous avons reconnu la difformité ancienne dont il est porteur.

Né à Paris en 1870, il eut, dit-il, dans l'aine gauche, à l'âge de deux ans, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon ; ponctionnée par un médecin, cette tumeur fournit un liquide clair, abondant, puis suppura pendant deux mois et disparut ; mais à cette époque les nœvi que l'on voit aujourd'hui dans la même région commencèrent à évoluer ; aussi loin que puissent se reporter ses souvenirs il n'a remarqué aucun changement dans leurs dimensions et ils n'ont jamais causé aucune gêne ni donné lieu à aucune lymphorragie ; il n'accuse d'ailleurs aucune maladie intercurrente, ce qui permet de croire que le lymphangiome a d'abord évolué rapidement pour rester ensuite stationnaire, si toutefois il n'est pas en réalité congénital.

Actuellement la lésion se présente sous l'aspect do plaques disposées suivant une ligne presque verticale, un peu inclinée en dehors et passant par le milieu du pli de l'aine gauche.

La plaque inférieure de forme elliptique mesure 3 centimètres et demi dans son grand axe à peu près vertical et 1 centimètre et demi dans son petit axe.

La plaque sus-jacente allongée transversalement au-dessus de la première confine en dedans au pli génito-crural et s'étend à six centimètres en dehors.

Une troisième plaque, arrondie, petite, irrégulière, surmonte la plaque transversale et atteint le pli de l'aine.

Une quatrième plaque part du milieu de l'aine, un peu en dehors de la précédente, et se porte obliquement en dehors et en haut sur une longueur de 7 centimètres.

Enfin une cinquième et dernière plaque irrégulièrement arrondie, de la dimension d'une pièce de un franc, se trouve juste au-dessus du pli de l'aine à 3 centimètres en dedans de l'épine iliaque supérieure.

Toutes ces plaques sont de couleur rougeâtre un peu foncée ; l'épiderme qui les recouvre présente une légère desquamation

foliacée et un notable épaississement; elles offrent d'ailleurs de notables variétés d'aspect : les deux plaques inférieures sont chagrinées comme de la peau d'orange et portent chacune vers leur centre une petite tumeur pédiculée, du volume d'un pois, légèrement aplatie, pendante et dont le bord inférieur forme une crête blanchâtre, sèche et cornée ; sous l'influence d'une pression prolongée, ces petites tumeurs pâlissent et se réduisent d'un quart de leur volume environ ; au dire du malade, une tumeur du même volume placée plus haut serait tombée spontanément il y a quelques mois sans lymphorrhagie consécutive.

Les deux plaques confinant au pli de l'aine sont faiblement chagrinées; enfin la plaque supérieure porte une petite vésicule, gris terne, molle et translucide qui se réduit et se reproduit complètement avec la plus grande facilité.

Il n'y a pas de varices veineuses des extrémités inférieures; le bassin, les organes génitaux seraient parfaitement symétriques, si le testicule gauche ne descendait pas un peu moins bas que le droit. Cette petite anomalie ne s'accompagne d'ailleurs d'aucune transposition des organes. Toutes les fonctions cutanées y compris la sensibilité sont absolument intactes au voisinage des plaques.

Enfin l'examen du sang est resté négatif.

En résumé, l'affection est limitée au système lymphatique de l'aine gauche et intéresse peut-être la partie profonde du cordon correspondant ; sa nature est certaine mais ses causes restent indéterminées; cependant, en raison du léger racourcissement du cordon gauche, je suis porté à la rattacher aux irrégularités d'évolution si fréquentes à l'aine.

Cette manière de voir est confirmée par la présence de quelques stigmates hystériques tels que diminution de la sensibilité cornéenne, abolition des réflexes pharyngés, diminution notable du champ visuel des couleurs à gauche.

Il n'y a ni consanguinité des parents (qui sont morts tous deux d'affection aiguë de poitrine, le père en 1872, la mère en 1875), ni antécédents héréditaires méritant mention, mais notre malade est né en 1870, pendant la guerre, et l'on sait que les troubles nerveux sont très communs sur les hommes nés à cette époque.

La coexistence des varices lymphatiques et de l'hystérie nous semble donc bien établie sur notre malade.

On sait d'autre part combien fréquemment se rencontrent associés l'hystérie et les arrêts d'évolution du testicule ou de l'ovaire ; n'ést-il pas permis de penser après cela que c'est à la première que doive se rattacher toute une classe d'anomalies, d'évolutions pour lesquelles on ne trouve le plus souvent d'autres causes originelles que les impressions morales subies par la mère pendant sa

grossesse et n'y a-t-il pas lieu de rechercher soigneusement à l'avenir les stigmates hystériques sur les sujets atteints de ces sortes de difformités congénitales.

Appuyé sur un seul cas, nous devons nous contenter de poser la question en ce qui concerne les varices lympathiques congénitales.

Discussion.

M. Quénu. Chez un malade que j'ai opéré pour des accidents d'étranglement, j'ai trouvé un gros ganglion profond dans la région de l'anneau crural et des varices lympathiques très développées allant des lympathiques profonds aux superficiels.

Présentation d'instrument.

M. Pozzi présente, au nom de M. Montaz, de Grenoble, une aiguille à suture, à points séparés, ayant l'avantage d'être toujours chargée.

M. Monod. J'ai présenté ici-même, au nom de mon interne, M. Arthuis, une aiguille d'un modèle semblable à celle-là; elle n'en diffère que par la place occupée par la bobine et elle présente l'avantage de pouvoir, sur le même manche, porter des aiguilles de grosseurs variées.

Présentation de pièces.

Pièce provenant d'une ankylose du genou consécutive à une arthrite puerpérale.

M. L.-Championnière. La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter est intéressante à plusieurs points de vue. Je l'ai prise sur une jeune femme de 21 ans à laquelle j'ai fait récemment une résection du genou gauche et qui avait conservé une ankylose avec luxation du genou en arrière. Sur cette pièce, on peut constater une disposition connue dans les cas de luxation du genou en arrière observée avec les arthrites tuberculeuses. Ces déplacements en arrière sont attribués soit à la prédominance des muscles fléchisseurs sur les extenseurs pouvant déplacer le tibia en arrière grâce au ramollissement des ligaments, soit à l'allongement du fémur, chassant en quelque sorte le tibia en arrière. Cet allongement se

produirait chez les jeunes sujets en vertu de l'ostéite tuberculeuse hypertrophiante. On voit immédiatement que si cette théorie est vraie, elle mène à la nécessité de faire la résection de préférence à tout autre mode de traitement, puisque l'allongement du fémur a rendu toute extension parfaite impossible.

Or, dans l'arthrite actuelle il n'y avait pas de tuberculose; mais il s'agissait d'un sujet jeune; et le mécanisme de la luxation du genou en arrière a d'autant plus de chances d'avoir bien été celui-ci qu'il n'y a jamais eu, comme dans les arthrites tuberculeuses, de ramollissement permettant le retrait en arrière du plateau du tibia sous l'influence des muscles. L'allongement du fémur sous l'influence de l'inflammation acquise est bien vraisemblable.

Cette pièce du reste, justifie pleinement la résection; toute tentative thérapeutique d'un autre ordre n'aurait donné qu'un membre gênant, difficile à utiliser, avec des douleurs perpétuées indéfiniment.

Calcul volumineux (45 *gr.*), *développé dans la vessie d'une jeune fille autour d'une épingle à cheveux; calcul ayant ulcéré et traversé en partie la cloison vésico-vaginale.*

M. L.-Championnière. On a amené il y a quelques jours dans mon service, à Saint-Louis, une jeune fille vierge âgée de 19 ans, atteinte de calcul vésical et prise de rétention d'urine. Il me fut facile de constater que chez cette jeune fille un gros calcul faisait saillie dans le vagin tandis qu'une sonde d'argent ne pouvait pénétrer dans la vessie, arrêtée qu'elle était par le calcul.

La malade, souffrant cruellement, fut endormie; j'agrandis d'un coup de ciseau l'orifice fistuleux. Le calcul fut dégagé, saisi dans la vessie avec une pince et extrait. Il était très volumineux et pesait 45 grammes.

Instruit par l'expérience de quelques cas antérieurs, je pensai qu'il s'agissait d'un calcul développé autour de quelque corps étranger introduit dans la vessie. En effet, une coupe du calcul nous permit de trouver au centre une épingle à cheveux utilisée sans nul doute pour la masturbation intra-urétrale et tombée dans la vessie.

Les faits de cet ordre ne sont pas d'une très grande rareté ; on les trouve en relation avec des monomanies érotiques singulières, et notre collègue, M. Pamard, vous a présenté, il y a quelques années déjà, un calcul extrait dans des circonstances analogues. Ce qui fut remarquable dans son observation, c'est que la manie de masturbation survécut à l'extraction de la pierre et empêcha toute réparation. Il chercha à réparer la fistule vésico-vaginale et échoua.

J'opérai la même malade trois fois sans succès. A peine l'opération était-elle terminée que la malade, par des frictions violentes, détruisait toutes les sutures.

Voulant dans la dernière opération faire tout le possible, je détruisis *au thermo-cautère le clitoris,* espérant que les frictions seraient tellement douloureuses que toute masturbation serait impossible pour quelques jours. Le premier et le deuxième jour cela causa à la malade quelque étonnement, mais dès le quatrième jour, malgré toute surveillance, elle avait repris ses habitudes et la réunion fut à nouveau incomplète.

Les relations entre les corps étrangers de la vessie, ces calculs énormes chez de jeunes sujets et des habitudes de masturbation invétérées méritaient d'être rappelées. Cet ensemble se rattache à des faits qui tiennent de la manie, d'un état mental particulier, et on a d'autant plus besoin d'être prévenu, que les sujets en question cherchent toujours à vous tromper et qu'on est dérouté souvent par certaines allures bizarres des accidents.

M. Marchand. Cette année même, j'ai retiré par les voies naturelles, après dilatation de l'urètre, un crayon à six pans qui séjournait dans la vessie depuis douze jours, et j'ai enlevé deux épingles à cheveux chez des filles vierges, l'une de 17 et l'autre de 19 ans.

Comité secret.

La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Kirmisson sur les titres des candidats aux places de membres correspondants étrangers.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

G. Bouilly.

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

B

C

E

F

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

H

J

K

L

M

N

P

Q

R

ERRATUM

Page. 56. — A la liste des membres correspondants nationaux élus le 13 janvier 1892, ajouter : M. H. Delagenière (du Mans).

Le Gérant : G. MASSON

Paris. — Imprimerie PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.12.92.